FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1933 N° 3

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

DREYFUS ANDRÉ
né le 3 juin 1906 à Thann (Haut-Rhin)
Ancien Externe des Hôpitaux
Assistant à la Maternité

La révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement: ses indications, ses résultats

(suivant les observations de l'Ecole des Sages-Femmes)

Président: M. le Professeur REEB

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université * Quai du Maire Dietrich 1
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677

1933.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Année 1933 N° 3

Thèse présentée pour le Doctorat en Médecine

par

DREYFUS ANDRÉ
né le 3 juin 1906 à Thann (Haut-Rhin)
Ancien Externe des Hôpitaux
Assistant à la Maternité

La révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement: ses indications, ses résultats

(suivant les observations de l'Ecole des Sages-Femmes)

Président: M. le Professeur REEB

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1a, Place de l'Université * Quai du Maire Dietrich 1
STRASBOURG
R. C. Strasbourg 3677

FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	MERKLEN ✲ ⚜ I.
Assesseur		NICLOUX ✲ ⚜ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✲ ⚜ I.
Anatomie		FORSTER ✲ ⚜ I.
Histologie		BOUIN O. ✲ ⚜ I.
Physiologie		SCHAEFFER ⚜ I.
Physique biologique		VLES ✲ ⚜ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✲ ⚜ I.
Anatomie pathologique		MASSON ✲ ⚜ I.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		SCHWARTZ ⚜ I.
Hygiène, Bactériologie		BORREL C. ✲ ⚜ I.
Médecine légale		CHAVIGNY C. ✲ ⚜ I
Clinique médicale		MERKLEN ✲ ⚜ I. AMBARD ✲ ⚜ I.
Clinique chirurgicale		SORREL ✲ ⚜ I. STOLZ ✲ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique		WEILL ⚜ I.
Clinique dermatologique		PAUTRIER O. ✲ ⚜ I.
Clinique psychiatrique		PFERSDORFF ✲ ⚜ I.
Clinique neurologique		BARRE ✲ ⚜ I.
Clinique gynécologique et accouchements		REEB ⚜ I.
Clinique infantile		ROHMER ✲ ⚜ I.
Clinique oto-rhino-laryngologique		CANUYT ⚜ I.

Professeurs sans chaire:

MM. ARON Max ⚜ I.
BELLOCQ ⚜ I.
GERY ⚜ I.
MM. FONTES ⚜ A.

Chargés de cours et Agrégés:

MM. BENOIT ⚜ A.
BLUM (Paul) O. ✲ ⚜ I.
GELMA ⚜ I.
GUNSETT ✲ ⚜ A.
HANNS ✲ ⚜ A.
HUMBERT ✲ ⚜ A.
KAYSER
KELLER ⚜ I.
MM. KREIS ⚜ A.
LARROUSSE ⚜ A.
REISS
SIMON ✲ ⚜ A.
SIMONIN ✲ ⚜ A.
VAUCHER ✲ ⚜ A.
WEISS A.

Chargés d'un cours complémentaire:

MM. A. BOECKEL ✲ ⚜ A., MEYER M. ⚜ A., ROEDERER

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Faible témoignage de ma filiale affection et de ma reconnaissance infinie.

A MES FRÈRES.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSUR REEB,

Directeur de la Clinique d'accouchements et de gynécologie de la Faculté de Médecine

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous exprimons notre respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE MONSIEUR LE DOCTEUR KELLER,

Chargé de Cours à la Faculté de Médecine
Directeur de la Maternité

qui nous a inspiré le sujet de ce travail et en a guidé la conception. Nous lui devons encore notre formation obstétricale et gynécologique. Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre fidèle et respectueux attachement ainsi que notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BURGER,

Médecin Adjoint à la Maternité

qui nous a accueilli avec bienveillance dans son service et nous prodigue sans cesse de précieux conseils.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOHLER,

Premier Assistant à la Maternité

que nous remercions de la cordialité et de la sollicitude qu'il a manifestées envers nous au cours de notre initiation à l'obstétrique.

A MES JUGES.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

I. — INTRODUCTION.

La rétention placentaire partielle provoque des désordres parfois graves durant le post-partum. Les complications qu'elle engendre sont de deux ordres :

1°) l'infection puerpérale sous toutes ses formes, de la simple endométrite jusqu'à la septicémie ;

2°) les hémorragies tardives du post-partum ;

3°) l'association d'hémorragies et d'infection avec tous ses degrés.

Ces dernières années, les travaux du professeur COUVELAIRE et de ses élèves, NOGUÈRES, DIGONNET, DESNOYERS et PORTES ont mis au point un certain nombre de notions concernant ces complications. Ils ont établi, contrairement à ce qui était la règle autrefois, que les hémorragies tardives du post-partum sont «loin d'être toujours conditionnées par une rétention placentaire». Il y a des hémorragies par rétention et des hémorragies sans rétention.

En outre, M. COUVELAIRE a individualisé une forme métrorragique de l'infection puerpérale avec ou sans rétention placentaire, l'hémorragie étant le symptôme qui précède le syndrome septico-hémorragique.

Le même auteur donne des précisions sur les divers modes de traitement de ces complications. «Toute manœuvre intra-utérine, curage et curettage, parfois même la simple exploration intra-utérine est susceptible de déclencher chez les accouchées présentant une hémorragie tardive avec infection latente ou évidente, une diffusion de l'infection dont on ne peut prévoir les conséquences». Il pose les indications de l'hystérectomie dans certains cas.

S'il est des cas rares de rétention cotylédonaire où le fragment placentaire est spontanément expulsé, (éventualité sur laquelle on ne doit jamais compter) (CAPPON), il en est qui ne guérissent qu'après de multiples et dangereux accidents du post-partum nécessitant des interventions de la plus haute gravité.

Plus ou moins longtemps, peu de jours en général, après la délivrance, peuvent survenir des métrorragies. Leur abondance peut être telle qu'elles entraînent à elles seules la mort par anémie. En même temps, du côté de l'utérus, on voit : soit un col fermé, soit un col perméable avec un gros utérus douloureux, et des pertes purulentes. La fièvre peut être élevée ou absente. On observe toutes les modalités. Des complications infectieuses se précisent souvent après le traitement de la rétention (curage ou curettage) alors que l'hémorragie cesse. Le plus fréquemment, on observe alors parmi les plus graves, la septicémie, la septico-pyémie avec leur cortège de métastases septiques et les péritonites. Ce sont les complications les plus sévères. C'est à elles qu'est dû le plus grand nombre de cas mortels. Viennent alors les paramétrites, la phlegmatia alba dolens, les annexites. etc... Bref, l'infection puerpérale à formes moins fréquemment mortelles mais combien pénibles encore...

La guérison n'est parfois obtenue qu'au prix d'une longue hospitalisation ou du sacrifice de l'utérus. D'autres fois la mort survient malgré les traitements les plus judicieux et les plus énergiques.

MM. ANDÉRODIAS et PÉRY rapportent une mortalité moyenne de 22,06 %. D'après cette statistique succomberaient plus du cinquième des accouchées chez qui la rétention placentaire partielle passe inaperçue et qui font des hémorragies tardives des suites de couches.

Pour éviter ces complications il faut obtenir l'expulsion complète du placenta. C'est là une condition indispensable, nécessitant après l'expulsion de chaque arrière-faix un examen minutieux de celui-ci. Cependant, cet examen n'étant pas toujours concluant et le diagnostic d'intégrité du placenta ne pouvant pas toujours être posé avec certitude, l'accoucheur sera perfois dans l'embarras.

De nombreux auteurs confirment cette assertion. Si dans certains cas on peut soutenir qu'un placenta est incomplet, si dans d'autres on peut dire qu'un placenta est complet, il est toute une série de cas intermédiaires où il est absolument impossible, même pour l'obstétricien le plus averti, d'affirmer l'intégrité ou la non-intégrité de l'organe. Mais il y a plus encore. On observe des cas où l'examen minutieux de l'arrière-faix n'a pas permis de soup-

çonner la rétention cotylédonaire, alors que son existence a pu être prouvée ultérieurement par le développement des symptômes cliniques plus ou moins précis.

Ces faits qui ne sont pas exceptionnels sont confirmés par de nombreux auteurs (BUDIN, COMMANDEUR, PLAUCHU, Thèse de CAPPON, POTEVIN, etc...). Sur 14 rétentions placentaires partielles tardivement reconnues citées par ZANGEMEISTER, 8 fois l'examen minutieux du placenta ne permet de soupçons. Cet auteur relate encore un cas, où le délivre soumis à l'inspection de trois accoucheurs compétents fut déclaré complet: or, un quatrième le considérant comme suspect entreprit la revision qui ramena un cotylédon.

L'imprécision des résultats obtenus par la simple inspection et la difficulté de les interpréter, ont fait qu'à l'étranger on a eu recours à différentes épreuves expérimentales destinées à démontrer l'intégrité du placenta.

SCHERBACK conseille de répandre sur le délivre de l'eau bouillante. La face maternelle montrerait aussitôt un changement net de coloration.

KUSTER injecte dans la veine ombilicale 100 gr. à 200 gr. de lait. Celui-ci sourd là où le placenta est incomplet. Avec ce procédé les résultats seraient satisfaisants, mais KIRSTEIN les juge aussi incertains et aussi peu concluants que ceux obtenus par les autres méthodes.

FRANKEN remplace le lait par l'air. Le délivre immergé dans l'eau est injecté d'air par la veine ombilicale. L'épreuve est dite négative lorsqu'aucune bulle n'apparaît sur toute la surface maternelle. Si au contraire on voit sortir des bulles d'air à un endroit quelconque, elle est dite positive. HABA, SACHS, confirment la valeur du procédé dans les cas négatifs, par contre, les épreuves positives très fréquentes ne permettent pas de différencier un placenta incomplet d'un placenta complet qui présenterait un ou plusieurs sillons dûs à une déchirure, ou dont l'un ou l'autre cotylédon se trouve simplement décollé.

Enfin, une dernière méthode employée par SACHS, consiste à immerger le placenta sous l'eau après l'avoir injecté d'air. S'il est complet, il monte en demeurant horizontalement étalé et sur-

nage, sinon il monte en s'inclinant, puis plonge à nouveau dans le récipient.

De toutes ces méthodes empiriques aucune ne donne de résultats indiscutables. Elles comportent des causes d'erreurs et laissent sans réponse un certain nombre de cas. Aussi apportent-elles peu d'éléments nouveaux à ceux déjà révélés par la simple inspection.

II. — LA RÉVISION A INDICATIONS RESTREINTES.

A. *Les indications classiques.*

Avant la découverte de l'asepsie et de l'antisepsie le traitement de la rétention placentaire immédiate divisait les anciens accoucheurs en deux clans : les uns, tels que MORGANI, SMELLIE, PUZOS, Paul d'EGINE attendaient l'expulsion spontanée des restes placentaires. Les autres (CELSE, MAURICEAU, DEVENTER, DE LA MOTTE et LAUVERJAT) demandaient l'éloignement immédiat des débris de placenta.

Mais à notre époque, les interventions obstétricales présentent un danger moins grand. PLAUCHU considère que les indications de la révision sont donc :

«1°) la rétention de débris placentaires ou de vastes lambeaux de membranes ;

2°) l'existence d'une hémorragie persistante après la délivrance».

Personne ne songe plus à temporiser lorsqu'un placenta est manifestement incomplet. Personne ne s'abstient d'intervenir lorsqu'une femme continue à saigner après l'expulsion d'un arrière-faix tant soit peu douteux.

Mais jusqu'à ces dernières années, on n'est guère allé plus loin. Il fallait les deux indications précédentes pour imposer une révision utérine immédiatement après l'accouchement. Cet enseignement classique, l'obstétricien l'a constamment présent à la mémoire et l'applique en toutes circonstances. La notion du danger de l'intervention, *après l'accouchement* ne lui échappe point. Toute manœuvre intra-utérine à ce moment peut provoquer l'infection puerpérale, car la main qui pénètre dans la cavité utérine entraîne les germes situés dans les parties basses du canal génital, et les dissémine au niveau de la plaie placentaire.

B. *Conséquences : Fréquence des rétentions placentaires partielles.*

On peut alors se demander quelles ont été les conséquences de cette ligne de conduite. La rétention placentaire a-t-elle pu être évitée?

A titre de documentation, nous aurons recours aux travaux du dernier Congrès sur les métrorragies des suites de couches (Congrès de Bordeaux, 1931) et à l'étude de notre propre statistique. Nous aurons ainsi l'avantage de joindre aux faits observés par un certain nombre d'auteurs, notre propre expérience.

a) *Congrès de Bordeaux:* On trouve d'abord les auteurs cités par NOGUÈRES:

GEISER (Berne): 12.000 accouchements; 50 interventions pour rétention; 33 interventions pour fièvre; 12 interventions pour hémorragie sans fièvre.

HOEHNE en 17 ans: 23 interventions.

SCHAUTA: 16 interventions pour rétention.

Puis le rapport de M.M. ANDERODIAS et PÉRY rassemble 115 observations d'hémorragies par rétention provenant de sources différentes. D'après cette statistique la fréquence des hémorragies du post-partum est évaluée à 1,55 0/00. Ce chiffre encore légèrement inférieur à la réalité d'après ces auteurs, comprend et les hémorragies sans rétention et les hémorragies avec rétention PIERRAGI estime que 50% de ces hémorragies proviennent de la rétention. Ceci correspond à 3 rétentions placentaires pour 2.000 accouchements.

b) *Statistique de l'Ecole des Sages-Femmes* (de 1922 au 15 juillet 1931):

L'étude de notre statistique comporte les points suivants:

1°) Particularités des délivrances antérieures à celles suivie de révision chez les multipares;

2°) Considérations sur les accouchements et les délivrances suivis de révision;

3°) Les rapports entre la fréquence des révisions et le nombre d'accouchements d'année en année;

4°) Les indications de la révision: les restes placentaires éloignés;

5°) La morbidité et la mortalité de la révision.

6°) Les rétentions placentaires partielles tardivement reconnues.

7°) Les complications du post-partum non liées à la rétention: hémorragies tardives du post-partum sans rétention. Sous-involutions.

1°) Parmi les femmes qui ont subi la révision se trouvent 30 primipares et 58 multipares. Dans les antécédents obstétricaux de ces dernières on note 3 décollements manuels du placenta, 6 hémorragies de la délivrance et 1 fois la rétention placentaire partielle suivie de révision utérine.

2°) Parmi les femmes chez lesquelles a été pratiquée une révision de la cavité, il faut distinguer:

1°) Celles qui jusqu'après l'expulsion du délivre n'ont subi aucune intervention à l'intérieur de la filière génitale. Elles sont au nombre 73, c'est-à-dire 82,9 %, la majorité des cas par conséquent;

2°) Celles qui ont subi une intervention pendant l'accouchement et en plus de cela la révision. Elles sont au nombre de 15, c'est-à-dire 17,1 %. Dans ce dernier groupe il est impossible de dire laquelle des interventions (celle pratiquée au cours de l'accouchement ou la révision) doit être rendue responsable de l'infection si celle-ci se déclare.

Dans notre Service nous avons observé 5 accouchements avec fièvre pendant le travail. Nous reviendrons d'ailleurs là-dessus en étudiant la morbidité.

Telles sont les particularités de l'accouchement des parturientes chez lesquelles a été faite la révision utérine.

Ajoutons que pendant la délivrance nous proscrivons toute manœuvre active telle que traction sur le cordon, ou expression selon CREDE sans indication. L'expectative est de rigueur si la femme ne saigne pas. L'examen de l'arrière-faix est pratiqué correctement par la sage-femme et le médecin; à la moindre suspicion le chef de service est appelé à donner son jugement.

Ceci dit, essayons de donner notre avis sur la fréquence des révisions par rapport au nombre d'accouchements, et sur les variations de celle-ci d'année en année. Pour ce faire, reportons-nous au tableau suivant:

Année	Nombre d'accouche-ments	Nombre de révisions	Pourcentage	Indications	Restes placentaires retirés	Rétentions placentaires partielles passées inaperçues
1922	999	3	0,30	Placenta incomplet.. 3	3	1
1923	1203	5	0,41	Placenta incomplet.. 4	4	
				Hém. + plac. suspect 1	1	1
1924	1382	6	0,43	Incomplets: 4	4	
				Hémor. + susp. . . . 2	1	3
1925	1531	4	0,26	Incomplets: 3	3	
				Hémor. + suspects: 1	1	1
1926	1449	11	0,76	Incomplets: 4	4	
				Hémor. + susp.: ... 6	4	
				Hémor. + complet: .. 1	0	2
1927	1343	0	—	—	—	1
1928	1496	13	0,86	Incomplets: 10	10	
				Hémor. + susp.: .. 1	0	
				Hémor. + compl.: .. 2	0	3
1929	1661	16	0,99	Incomplets: 3	3	
				Hémor. + susp.: .. 8	3 + 1 f. doute	
				Hémor. + compl.: .. 4	2	
				Hémor. + rét. de membranes: 1	0	1
1930	1714	15	0,87	Incomplets: 3	2	
				Hémor. + suspect: .. 6	0	
				Hémor. + complet: .. 4	0	
				Placenta susp.: ... 2	0	1
1931 15. 7	1015	15	1,45	Incomplets: 4	3	
				Hémor. + suspect: .. 3	2	
				Hémor. + complet: .. 1	0	
				Placenta susp.: 5	0	
				Rév. du segment: .. 2	0	4
TOTAL	13793	88	0,63	Incomplets: ..... 38 Hémo. + plac. susp. 28 Hémo. + « compl. 12 Hémo. + rét. memb. 1 Placenta suspect .. 7 Rév. du segment.. 2	Incompets: .. 36 Hém. + pl. sus-pects: ..... 12 1 fois doute Hém. + plac. complet: .... 2 Placenta sus-pects: .... 2 au total 52 R. de placenta certaines	18 plus 4 cas douteux.

3°) De 1922 jusqu'au 15 juillet 1931, nous comptons à l'Ecole des Sages-femmes 13.793 accouchements. Sur ce chiffre il y a 88 révisions, ce qui correspond à 0,63% ou encore à une révision pour 156 accouchements, chiffre par conséquent restreint. En examinant année par année on fait une autre constatation. Alors qu'en 1922 le pourcentage des révisions est de 0,30, il atteint en 1930 le chiffre de 0,87 et après les 6 premiers mois de l'année 1931 le chiffre de 1,45. Il y a donc là une croissance notable du pourcentage des révisions d'année en année, croissance irrégulière, certes, puisqu'en 1927 aucune révision n'est mentionnée. Signalons que cette augmentation coïncide avec l'accroissement progressif du nombre d'accouchements.

4°) Notre statistique montre que la révision a été entreprise pour les indications suivantes:

Placenta incomplet	38 cas
Hémorragie après expulsion du placenta qui paraît suspect	28 cas
Hémorragie après expulsion du placenta qui paraît complet	12 cas
Hémorragie et rétention de membranes	1 cas
Plancenta paraissant suspect *sans* aucune hémorragie	7 cas
Révision du segment	2 cas
Total:	88 cas

79 révisions ont été effectuées selon les indications classiques, c'est-à-dire pour placenta incomplet et pour hémorragie après la délivrance avec placenta suspect. Nous avons élargi ce cadre en y faisant rentrer deux autres indications: celles pour placenta suspect sans hémorragie (7 cas), et celle pour révision du segment (2 cas): au total 9 cas, soit 1/10ème environ de nos révisions.

En 1926 est faite pour la première fois la révision dans les cas où l'hémorragie est forte ou persistante, le placenta paraissant complet; en 1930, est effectuée la révision pour placenta paraissant suspect sans hémorragie, et enfin, en 1931 on entreprend la révision de la cavité utérine avec l'attention particulièrement portée sur son segment inférieur en vue de dépister une lésion con-

sécutive à une intervention traumatisante faite pendant l'accouchement (version difficile).

Ces faits démontrent donc que le cadre des indications de la révision tend à s'élargir.

Sur un total de 88 révisions utérines, 52 ont permis de ramener des restes placentaires. (Dans 1 cas les débris ramenés semblaient être des débris placentaires, sans qu'on puisse toutefois l'affirmer avec certitude).

L'examen histologique n'a été pratiqué dans aucun cas.

C'est dans les cas de placenta dit «incomplet» (38 cas) qu'on a le plus souvent ramené des restes (36 fois). Deux fois seulement la révision a eu un résultat négatif. Dans les 28 cas de placenta suspect avec hémorragie, le résultat a été négatif dans 15 cas; positif dans 12 autres et douteux dans 1 cas; dans les cas d'hémorragie avec placenta complet (12 cas), résultat négatif 10 fois, positif 2 fois; dans les 7 cas de placenta suspect: résultat négatif 5 fois, positif 2 fois. Dans aucune des deux révisions du segment on n'a constaté de lésions. Enfin dans 1 cas avec hémorragie on ne ramène que des membranes. Consignons ces résultats dans le schéma suivant:

	Total	+	—	douteux
Révision pour placenta incomplet	38	36	2	
Révision pour placenta suspect avec hémorragie.....	28	12	15	1
Hémorragie placenta complet.....	12	2	10	
Placenta suspect	7	2	5	
Révision du segment	2	0	2	
Hémorragie-rétention de membranes..	1			
Total:..	88	52		

5°) *Etudions maintenant la morbidité après les révisions:*

1°) Résultat global;

2°) Résultat dans les cas où aucune autre intervention que la révision n'a eu lieu au cours de l'accouchement;

3°) Résultat dans les cas où une intervention au cours de l'accouchement précède la révision;

4°) Résultat dans les cas de fièvre pendant le travail où l'on a fait une révision ;

et enfin 5°) les résultats dans les révisions négatives (c'est-à-dire celles qui n'ont pas permis de constater de restes placentaires) et positives (c'est-à-dire celles qui ont permis de ramener un cotylédon).

Nous considérons d'une façon générale et, ceci depuis des années, que le post-partum est pathologique à partir du moment où la température (axillaire) dépasse une fois 38°.

1°) *Résultat global.* — Ainsi conçue, la morbidité s'élève à 29 cas sur un total de 88 révisions :

Fièvre d'un jour	13
Endométrite	10
Endométrite et cystite	1
Mastite	1
Fièvre au début des suites de couches (maximum 3 jours)	4

(dont une fois avec tuberculose pulmonaire et pleurésie ; 1 fois avec néphrite) ;

soit un total de 29 cas morbides, ce qui correspond à 32,9%.

Mais il s'agit là de complications dépourvues de gravité, comme en témoigne la durée de l'hospitalisation. En effet :

71	femmes	quittent	le	service	avant le 11ème jour ;
5	«	«	«	«	le 11ème jour
4	«	«	«	«	le 12ème jour
2	«	«	«	«	le 13ème jour
3	«	«	«	«	le 14ème jour
1	«	«	«	«	le 16ème jour
1	«	«	«	«	le 20ème jour

L'une des accouchées meurt de pyémie puerpérale typique avec métastase pulmonaire, 36 jours après l'accouchement. Cela correspond à une mortalité de 1,1%.

Cette mort est-elle à mettre sur le compte de la révision utérine ? Rien ne permet de l'affirmer ni de l'infirmer.

2°) *Cas sans autre intervention que la révision.* —

Parmi les 72 accouchées qui n'ont pas subi d'autres interventions à l'intérieur du canal génital que la révision utérine, 48 avaient un post-partum normal. Puis on note :

Fièvre d'un jour.....	12 cas
Endométrite légère.....	9 cas
Endométrite plus cystite....	1 cas
Mastite	1 cas

3 cas de fièvre pendant le travail rentrent dans cette catégorie. Le cas de pyémie puerpérale en fait également partie.

Signalons le cas d'une femme présentant un abcès péri-uréthral en évolution depuis le 8ème mois de la grossesse, chez qui une hémorragie de la délivrance nous force à faire une révision qui ramène un cotylédon. Il n'y a eu comme suite qu'une fièvre d'un jour. Le pourcentage de la morbidité correspondant à ces 72 cas, chez qui n'a été faite qu'une révision et rien d'autre, est de 33,3 %.

3°) *Cas où une intervention au cours de l'accouchement précède la révision.*

Il s'agit de 16 cas dont la morbidité est la suivante :

Fièvre d'un jour	1 cas
Endométrite	1 cas
Fièvre au début des suites de couches	4 cas

Le pourcentage de morbidité correspondant à ces 16 cas est identique à celui trouvé après les 72 révisions sans autre intervention pendant l'accouchement. Il en résulte que les accouchées qui outre la révision ont encore subi d'autres interventions pendant l'accouchement, n'avaient pas de suites plus mauvaises que celles qui n'ont subi que la révision.

4°) *Résultats dans les cas de fièvre pendant le travail :*

Les 5 cas de fièvre pendant le travail ont évolué de la façon suivante :

2 fois suites de couches sans fièvre,
1 fois fièvre d'un jour,
2 fois fièvre pendant les 3 premiers jours des suites de couches.

5°) *Résultats dans les révisions négatives et postitves:*

Dans les révisions à résultat négatif, sur 35 cas, 24 évoluèrent sans fièvre; fièvre d'un jour 5 fois, fébriles au début des suites de couches: 4 cas, endométrite légère: 2 cas: Total 11 cas morbides. Dans 1 autre cas, où un doute persistait sur les débris ramenés, les suites furent normales, sans fièvre.

Dans les cas de révisions à résultat positif, au nombre de 52, on note:

Suites sans fièvre.....	33 fois
Fièvre d'un jour	8 fois
Endométrite plus cystite	1 fois
Endométrite	8 fois
Mastite	1 fois
Total:..	51

De plus, 1 femme meurt de pyémie puerpérale.

6°) *Les rétentions placentaires tardivement reconnues:*

Cette partie de la statistique mérite toute notre attention.

Il s'agit de 1922 à 1931 (mi-juillet) de 18 rétentions placentaires partielles certaines et de 4 rétentions probables. Cela correspond à 13 pour 10.000 si l'on ne tient compte que des cas certains, et 16 pour 10.000 si l'on ajoute les cas douteux.

Analysons nos observations: 4 accouchements présentent les particularités suivantes:

Accouchement au 7ème mois avec tuberculose pulmonaire.

Accouchement à terme, — placenta praevia — Version suivie d'hémorragie de la délivrance.

Sténose mitrale — Application de forceps pour indication maternelle.

Syphilis: présentation transverse, version interne.

La délivrance s'effectue spontanément dans 19 cas; 1 fois elle s'accompagne d'hémorragie, on fait la révision utérine immédiate qui ramène des restes placentaires; mais l'intervention est incomplète, de sorte qu'un cotylédon reste adhérent. Dans un autre cas d'hémorragie de la délivrance l'accouchée fait des syncopes successives, on évite la révision.

Le placenta est jugé complet 13 fois, suspect 8 fois, dont 1 fois rétention de membranes concomitante. Dans 1 cas on ne fait pas mention du délivre.

Nos femmes suivies depuis l'accouchement jusqu'au traitement de la rétention par une intervention, présentent:

1°) des hémorragies tardives secondaires du post-partum: 11 cas;

2°) de la fièvre seule: 1 cas;

3°) la simple sous-involution utérine sans fièvre ni hémorragie: 7 cas;

4°) des hémorragies tardives secondaires ou post-partum avec fièvre: 3 cas.

Le traitement de la rétention placentaire tardive a toujours consisté en un curage digital. Dans l'un de ces cas un premier curage, qui n'a pas pu retirer le cotylédon très adhérent dans une corne, a dû être suivi d'un 2ème curage à 3 jours d'intervalle. Une fois cette intervention a été suivie d'un curettage de contrôle. Une fois on a dû pratiquer l'hystérectomie après le curage. On a ainsi ramené 15 cotylédons, 3 polypes placentaires, et 4 fois des débris placentaires probables, mais non certains.

Quelles ont été les suites de ce traitement?

4 femmes guéries sans fièvre;

3 avec température sub-fébrile après l'intervention;

8 franchement fébriles dont 2 font des frissons;

2 évoluent avec une endométrite.

Mais des suites plus graves s'observent:

Tumeur annexielle: 1;

Thrombophlébite bilatérale suivie d'embolie et de broncho-pneumonie: 1;

Début de septicémie: 1;

Début de pyémie et paramétrite: 1.

Ces 21 cas guérissent, leur séjour à l'hôpital depuis le jour de l'accouchement jusqu'à leur départ, y compris le court temps que certaines d'entre elles passent à leur domicile jusqu'à l'hémorragie révélatrice de la rétention, se résume de la façon suivante:

11	jours	1	cas
12	»	1	«
13	«	1	«
14	«	3	«
16	«	3	«
17	«	2	«
21	«	1	«
24	«	1	«
25	«	2	«
26	«	1	«
28	«	1	«
50	«	1	«
51	«	1	«
58	«	1	«
137	«	1	«

Le pourcentage de la morbidité est évalué à 63 % et à 83 % si l'on tient compte des cas de rétention non certaine.

Donc le traitement de la rétention placentaire paie un lourd tribut à l'infection puerpérale.

Soulignons que non seulement la morbidité est élevée, mais encore elle comporte des cas d'une haute gravité.

Au début du mois de juillet 1931, nous observons le dernier cas de notre statistique, mais certes le plus grave: 14 jours après l'accouchement qui apparemment est normal, la femme fait une hémorragie assez forte et revient au service. Expectation. Traitement médical. Le 17ème jour l'hémorragie continue avec signes d'anémie. On fait un curage qui ramène un cotylédon. Irrigations. Tamponnement. Une heure après l'intervention: frisson. Le lendemain s'installent: agitation, cyanose, et céphalée. Température 41°, pouls 160. On intervient par l'hysterectomie abdominale totale avec les annexes. Mikuliez. Drainage vaginal. Dans la nuit, grand frisson de 45 minutes. Le lendemain: Température 39°2. Pouls 140, incomptable par moments. Prostration. Sueurs profuses. Extrémités froides. Mort. Autopsie: Thromboses septiques étendues aux deux spermatiques. Début de broncho-pneumonie septique. Foie, rate, reins: signes d'infection généralisée suraiguë.

Nous comptons en raison de cet unique exitus, une mortalité de 4,5 ou 5,5 % suivant qu'on tient compte de 18 ou de 22 cas de rétention. D'ailleurs notre mortalité est faible, si l'on veut bien constater la mortalité élevée signalée par certains auteurs: Digonnet 42,85 %, Noguères 32,85 %, Eparvier 20 %.

A vrai dire cet exitus si impressionnant et inopiné a été le point de départ de ce travail et nous a en quelque sorte édicté les nouvelles règles de conduite à appliquer lors de la délivrance (sur lesquelles nous nous étendons plus loin).

Comme autres complications du post-partum non liées à la rétention placentaire nous avons observé: 4 cas d'hémorragies secondaires tardives du post-partum dont 2 avec fièvre durant les suites de couches (1 cas 38°5 le 2ème jour, 1 cas avec 39°5 le 7ème jour et 40° le 5ème et le 9ème jour). L'hémorragie était forte dans tous les cas. Le traitement fut le curage dans 3 cas, suivi de curettage dans l'un. Curettage dans le 4ème cas. Guérison sans fièvre dans 3 cas. Mastite bilatérale dans le 4ème.

Voici le résultat des examens histologiques:

1er cas. — Prolifération des vaisseaux. Pas de tissu placentaire;

2ème cas. — Caillots sanguins. Cellules déciduales. Quelques vaisseaux.

3ème cas. — Pas de restes placentaires. Tissu musculaire en voie de désintégration. Sang. Fibrine.

4ème cas. — Pas de restes placentaires. Caduque.

Les sub-involutions utérines ont été au nombre de 65. Cette dénomination implique les symptômes suivants: température subfébrile, utérus non involué, présence de caillots dans l'utérus ou leur expulsion par un orifice utérin ouvert. Dans 9 cas il a été fait un curage. L'examen histologique n'a jamais décélé de restes placentaires. Les autres cas ont été traités par l'ergotine et l'hypophysine. Jamais il n'y a eu d'autres complications dans ces cas.

Voici donc ce qu'il est permis de conclure de cette statistique:

1°) Les rétentions placentaires partielles restent trop fréquentes:

2°) Cela tient aux indications restreintes, la révision n'étant entreprise que lorsque la rétention est certaine ou que l'hémorragie survient. Les cas où le placenta est suspect la femme ne saignant pas, sont abandonnés à eux-mêmes.

3°) Les complications de la rétention sont doublement graves: d'abord par l'hémorragie tardive et la fièvre, puis par les suites infectieuses consécutives au traitement de la rétention. La mortalité est importante et la grande morbidité comporte une forte proportion de cas graves.

4°) Par contre la gravité des révisions utérines faites immédiatement après l'accouchement est incomparablement moindre, et elle ne comporte aucun cas sérieux, hormis une mort par pyémie.

Il semble donc à la suite de ces considérations, que le devoir de l'accoucheur est de chercher à instituer une prophylaxie plus intense contre la rétention placentaire partielle et ses conséquences désastreuses.

III. — LA RÉVISION UTÉRINE SYSTÉMATIQUE APRÈS CHAQUE ACCOUCHEMENT OU CONTROLE UTÉRIN — CRITIQUE. —

En 1928, le Professeur GHEORGHIU de Bucarest expose à la Clinique Tarnier ses idées sur le traitement prophylactique de la fièvre puerpérale, qui consiste à pratiquer la révision de la cavité utérine systématiquement après chaque accouchement. Pour expliquer sa façon de faire il se base sur les observations suivantes, faites au courant des années dans son service :

D'après lui il existe deux formes pathogéniques de l'infection puerpérale :

1°) l'infection puerpérale hétérogène, véritable inoculation venant du dehors par les mains, les instruments, les pansements ;

2°) l'infection puerpérale autogène qui prend naissance dans l'organisme même de la femme, les microbes qu'on rencontre normalement dans le vagin et le col, l'intestin, la vessie, etc... trouvant une occasion favorable pour se développer dans les parties génitales après l'accouchement.

Grâce aux modifications profondes apportées par l'asepsie dans la conduite de l'accouchement, la morbidité de l'infection puerpérale oscille entre 30 et 5%, la mortalité entre 5 et 1,5% : morbidité et mortalité imputées à l'infection endogène.

C'est l'avis de M. BRINDEAU, qui explique ainsi l'invariabilité de la morbidité puerpérale dans le monde entier, et l'infection puerpérale chez la femme quand l'accouchement s'est fait normalement, dans un milieu chirurgicalement propre sans intervention ni toucher.

Et voici l'explication que donne M. CHEORGHIU de cette transformation des microbes saprophytes en germes pathogènes : «Pour nous la réponse est simple : parce que ces microbes trouvent dans la cavité utérine un milieu favorable pour se développer. Ils trouvent des restes : des cotylédons placentaires, des membranes ou

des anciens caillots, et par leur décomposition la cavité utérine devient un milieu de culture favorable. Donc, la cause efficiente est le microbe, la cause déterminante est l'existence de restes ovulaires dans la cavité utérine». Et ce serait la seule cause de l'infection puerpérale endogène. L'auteur aurait toujours constaté ces restes sous forme de caduque le plus souvent, lorsqu'il intervenait dans les infections puerpérales.

Et M. GHEORGHIU apporte à l'appui de sa thèse d'autres arguments d'ordre bactériologique. Les microbes saprophytes qui se trouvent dans le vagin passent dans l'utérus entre le 2ème et le 9ème jour. A défaut de flore vaginale, l'auteur admet un syndrome entéro-utérin analogue au syndrome entéro-rénal de HEITZ-BOYER (les microbes pouvant passer de l'intestin vers la cavité utérine). «Ces saprophytes décomposent les débris ovulaires et les font entrer en putréfaction, de sorte qu'ils préparent un terrain de culture favorable pour les colibacilles, le gonocoque, etc... et surtout pour le streptocoque»... «et en même temps détruisent le moyen de défense puissant de cette cavité, c'est-à-dire le pouvoir microbicide des sécrétions lochiales».

La conclusion logique de cette conception serait donc de chercher à supprimer tout reste ovulaire et autres débris quels qu'ils soient: placenta, caduque, membranes, caillots, etc... à l'intérieur de la cavité utérine, car pour GHEORGHIU ces débris et restes ovulaires constituent à eux seuls la véritable cause de l'infection puerpérale, les microbes ne devenant pathogènes que sous l'influence de leur présence.

De sorte que l'auteur va jusqu'à exiger le nettoyage de la cavité utérine immédiatement après chaque accouchement pour déblayer la cavité et en faire sortir tout ce qui a pu être retenu. Car M. GHEORGHIU se déclare incapable de juger après examen du placenta et des membranes, si oui ou non il existe une rétention dans la cavité utérine. L'inspection de l'arrière-faix n'offrant donc jamais aucune garantie de non rétention et étant par conséquent dépourvue de toute valeur, il est logique, toujours d'après l'auteur, de faire un contrôle systématique de toute cavité utérine après chaque délivrance.

Comme résultats sur 6.000 accouchements en 3 ans, la morbidité aurait été entre 3 et 4 %. Grâce à ce contrôle systématique

en 3 ans il n'observe qu'une seule hémorragie du post-partum et plus de tranchée utérine. L'existence de débris dans l'utérus serait la vraie cause des hémorragies du post-partum et des tranchées.

De plus le danger d'introduire la main dans l'utérus est «illusoire», et l'auteur préfère introduire les germes avec la main dans une cavité nettoyée, que de les laisser pénétrer spontanément dans un milieu de culture favorable.

A la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles en 1932 M. GHEORGHIU conclut de nouveau: «A la suite de mes travaux, je suis arrivé aux conclusions suivantes:

1°) On peut introduire la main dans la cavité utérine immédiatement après l'accouchement sans aucun danger pour l'accouchée; pour moi, le «noli me tangere» a disparu;

2°) Les restes ovulaires de la cavité utérine sont la seule cause déterminante de l'infection puerpérale endogène, des hémorragies du post-partum et des tranchées utérines;

3°) L'examen du placenta et des membranes au point de vue de leur intégrité est nul».

Voilà donc l'opinion actuelle de M. GHEORGHIU. Que faut-il en penser? Doit-on le suivre dans cette voie? Et passer des indications restreintes de la révision utérine à la systématisation et à la généralisation de cette révision? Il y a peu d'accoucheurs qui pensent ainsi.

A la suite de la Conférence de M. GHEORGHIU, en 1928, à la Clinique Tarnier à Paris, M. BRINDEAU a soulevé de nombreuses objections. Nous en citerons quelques unes:

«Il est difficile, dans un service, d'établir une statistique exacte d'infections puerpérales, parce que pour être juste il faut prendre tous les cas aussi bien les cas bénins que les cas graves. Si les uns ne prennent que les cas graves ils auront une mortalité élevée. Ceux qui voudront avoir l'esprit large prendront les femmes qui ont présenté une fois 38°». Est-ce que M. GHEORGHIU fait rentrer dans sa statistique de morbidité tous les cas bénins? Nous n'en savons rien.

Puis certaines femmes chez qui aucune intervention n'a eu lieu meurent en 2 ou 3 jours après avoir eu des lochies tout à fait normales, un utérus non douloureux, une température à 40° avec

un grand frisson. A l'autopsie on ne trouve rien dans l'utérus, ni caillots, ni même de la caduque.

Donc il y a des suites de couches septiques malgré une vacuité absolue de l'utérus.

Et plus loin M. BRINDEAU objecte qu'il ne faudrait pas croire qu'après un accouchement physiologique il reste toujours quelque chose dans l'utérus, car, quand nous faisons des opérations césariennes, corporéales et mêmes basses, nous avons la cavité utérine sous nos yeux et elle est vide.

Donc, d'après BRINDEAU, l'utérus après la délivrance est souvent vide. Par ailleurs, pour M. BRINDEAU la caduque aurait un rôle de défense contre les germes.

Et d'après le même auteur les caillots qu'on retire se reproduiraient, cela étant dû à une inertie utérine.

Le point le plus important pour M. BRINDEAU est le danger de cette intervention. Elle serait d'après lui trop facilement pratiquée par M. GHEORGHIU. Il est grave d'enseigner aux médecins praticiens et aux sages-femmes qui font leur instruction que cette intervention est inoffensive. Car il est difficile, voire impossible, en dehors d'un service hospitalier, de réaliser des conditions s'asepsie suffisante pour entreprendre pareille opération. BRINDEAU dit en substance du médecin praticien, «s'il a pris l'habitude de pénétrer dans les cavités utérines avec le sourire, j'ai bien peur que de temps en temps ce sourire ne se change en grimace».

Enfin, M. BRINDEAU pense que les cavités naturelles se défendent bien.

En 1932, à Bruxelles, à la Société belge de Gynécologie, la ligne de conduite de M. GHEORGHIU est discutée. Elle est également le sujet de diverses critiques: M. BROUHA, ne considère pas le danger de la révision utérine comme nul, lorsque l'accouchement se fait à domicile et sous la direction d'un praticien non spécialisé et d'une sage-femme. Il propose l'expérimentation de la révision systématique en clinique, sur une grande échelle. Mais il déconseille à ceux qui doivent enseigner la pratique de l'art des accouchements de recommander cette façon de faire au médecin praticien.

M. HENROTAY signale que le Congrès de Bordeaux rapporte des cas nets où, sans aucune rétention, l'hémorragie tardive secon-

daire des suites de couches est le signe essentiel de l'infection et comme M. PASTIELS il ne croit pas à la suppression des tranchées utérines au moyen de la révision. On sait que ces tranchées constituent un phénomème physiologique chez les multipares surtout et sont indispensables pour la bonne involution utérine. Enfin M. VANHEE dit: «S'il est prouvé qu'il y a des restes dans la plupart des cas, même après une délivrance normale, et après un examen minutieux du placenta faisant croire qu'il n'y a plus de restes, dans ce cas il faut admettre que M. GHEORGHIU a raison».

Pour notre part, nous admettons qu'il n'est pas encore prouvé qu'il y a toujours des restes dans un utérus où l'accouchement se fait normalement. M. BRINDEAU le montre bien en disant que certaines femmes meurent de septicémie sans qu'on trouve quoique ce soit dans l'utérus à l'autopsie. D'autre part on voit aussi la vacuité de la cavité lors des sections césariennes. Et puis, par ailleurs, on ne ramène pas toujours des débris au cours d'une révision. Si cette rétention était si fréquente, comment concevrait-on l'évolution normale de 70 à 95 % des accouchements?

Il est juste de montrer le danger de la rétention placentaire et de le prévenir. Mais la rétention de membranes et de caduque présente-t-elle un danger tel que M. GHEORGHIU nous le montre? Ceci demande encore à être démontré. Voici ce que dit PLAUCHU du pronostic de la rétention des membranes:

«Il dépend essentiellement des conditions dans lesquelles se sont passés l'accouchement et la délivrance. Si les conditions ont été favorables à une asepsie absolue, accouchement spontané, absence de contact, rupture spontanée ou tempestive des membranes, délivrance spontanée, l'expulsion sans accident, au bout de quelques jours, est la règle. En dehors de ces conditions, la rétention de membranes peut provoquer des accidents infectieux dans les suites de couches, accidents le plus souvent bénins, très rarement ment graves. MAIGRIER a vu ces accidents survenir dans 12 % des cas de rétention de membranes»,

Et plus loin: «S'il manque un faible lambeau, moins du tiers par exemple ,nombreux sont les auteurs qui interviennent aussi dans ces cas dans un but de prophylaxie exagérée. Il est plus normal de s'abstenir, à cause de l'expulsion habituelle des membranes et de l'infinie rareté des accidents graves». Quant à la réten-

tion de caduque, M. BRINDEAU lui attribue contraitrement à l'avis de M. GHEORGHIU un rôle de défense.

A propos de l'infection puerpérale M. BRINDEAU écrit encore :

«La rétention de cotylédons, membranes ou caillots, joue un rôle important dans la prédisposition à l'infection des suites de couches. Aussi, les accoucheurs insistent-ils avec raison sur les précautions à prendre pour éviter cette rétention. Lorsqu'il s'agit de cotylédons il vaut mieux aller les retirer avec les doigts ; mais lorsqu'il s'agit de membranes et, à plus forte raison, de caillots, il est préférable d'attendre leur expulsion spontanée. Nous sommes à ce point de vue d'accord avec la plupart des accoucheurs anglo-américains et danois (statistique de GUILDAL) ; ajoutons cependant qu'un certain nombre de cliniciens français sont d'un avis opposé. Un des principaux défenseurs de la méthode interventionniste est GHEORGHIU de Bucarest qui nettoie la cavité utérine de presque toutes ses parturientes pour éviter la rétention de caillots. Il faut avouer que ses statistiques sont bonnes ; mais les chiffres des abstentionnistes sont tout aussi satisfaisants.

Comme la manœuvre peut être dangereuse si elle n'est pas faite dans de bonnes conditions, il vaut mieux adopter l'abstention».

Nous ne pouvons pas non plus admettre que les tranchées disparaissent à la suite de la révision. Chez les multipares où nous avons fait la révision ces tranchées persistaient.

Posons maintenant la question si avec M. GHEORGHIU on peut dire que l'examen du placenta et du sac ovulaire n'a aucune valeur? Au début de ce travail nous avons mis en évidence combien cet examen peut être aléatoire dans certains cas. Mais, hâtons-nous de l'ajouter, ces cas ne constituent pas la majorité. Dans un grand nombre de cas au contraire le placenta est indubitablement complet ainsi que les membranes, recouvert de sa caduque, sans la moindre solution de continuité ni même d'atrophie de cotylédons. La femme ne saigne pas et les suites de couches restent normales.

Pour nous l'examen du placenta possède au contraire une valeur considérable. C'est la première investigation à faire après l'accouchement et c'est ce qu'on enseigne d'après les classiques.

En dehors de l'hémorragie, cet examen donnera toujours d'utiles présomptions pour ou contre son intégrité. Et nous croyons qu'il est aussi fâcheux de vouloir se passer de cet examen que d'explorer et de nettoyer systématiquement chaque utérus dans un service enseignant, où médecins praticiens et sages-femmes qui travailleront à domicile, dans des conditions d'asepsie souvent insuffisantes, viennent apprendre leur ligne de conduite pour l'avenir.

Il faut, croyons-nous, laisser la place qui convient à la physiologie normale de l'accouchement et ne point rendre justiciable d'une intervention obstétricale l'acte de parturition normale.

Sur un point nous sommes cependant d'accord avec M. GHEORGHIU, à savoir que la révision utérine immédiatement après l'accouchement n'est pas dangereuse, lorsqu'elle est faite correctement avec des précautions d'asepsie suffisantes et dans un milieu propre et bien outillé. Et le grand mérite de M. GHEORGHIU est d'avoir montré qu'on a beaucoup exagéré ce danger.

Malgré son innocuité, nous ne sommes pas partisans de la systématisation, d'après ce que nous avons exposé plus haut. Les statistiques des abstentionnistes étant aussi bonnes que celles des interventionnistes, nous considérons qu'il est inutile et exagéré, même dans un milieu adéquat, de soumettre systématiquement, et sans regarder le placenta une accouchée à une intervention qui nécessite cependant une anesthésie générale, courte il est vrai, mais présentant tout de même toujours quelque inconvénient.

Qu'on fasse une prophylaxie intense au moyen de la révision contre la rétention placentaire partielle, voilà une ligne de conduite à laquelle nous souscrivons entièrement; mais qu'on s'en serve également systématiquement pour retirer de petits lambeaux de membranes, caduque et caillots, voilà une indication que nous trouvons nettement superflue.

IV. — LA RÉVISION DE LA CAVITÉ UTÉRINE A INDICATIONS ÉLARGIES FAITE IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

A. — *Les indications nouvelles.*

Après avoir exposé deux lignes de conduite non seulement différentes, mais diamétralement opposées l'une à l'autre, nous arrivons à la ligne de conduite adoptée et suivie par M. KELLER à la Maternité qu'il dirige.

L'élargissement de nos indications de la révision a pour but essentiel l'institution d'une prophylaxie intense contre la rétention placentaire partielle. Eviter cette dernière, sans tomber dans l'exagération et l'abus de la révision, voilà ce que nous proposons.

Pour lutter contre la rétention, nous devons d'abord envisager les signes cliniques qui nous permettent de la soupçonner aussitôt après l'expulsion de l'arrière-faix. Ces éléments sont au nombre de 2 : l'hémorragie qui suit l'expulsion des annexes fœtales et l'état du placenta.

Que l'hémorragie survenant après l'expulsion de l'arrière-faix soit forte, ou qu'elle se limite à un léger écoulement continu et persistant, avec ou sans caillots, qui pourra d'emblée affirmer avec certitude son origine et sa cause? Admettons que l'inspection des organes génitaux externes ne montre aucune déchirure à leur niveau, on conclut que l'hémorragie provient de l'utérus. Que celui-ci soit rétracté ou non, qui affirmera par l'inspection et le palper externe, la vraie cause des pertes sanguines?

Rétention de cotylédon, déchirure des parties basses de l'utérus ou des parties profondes du vagin, simple atonie utérine, voilà 3 causes de l'hémorragie après la délivrance. Un traitement tel que l'administration d'ergotine et d'hypophysine, ou encore un tamponnement, ne sera qu'un traitement symptomatique arrêtant parfois les pertes, mais retardant d'une façon dangereuse le moment propice de l'intervention qui constituera à la fois le diagnostic et le traitement de la cause de l'hémorragie.

En même temps l'examen très minutieux du placenta montre différents états ; ou bien il est entier, à telle enseigne que le moindre doute n'est pas permis, ou bien il est manifestement incomplet ; ou bien il est simplement suspect. Ces trois possibilités peuvent exister lorsque l'accouchée saigne. Mais on les rencontre aussi lorsque la femme ne saigne pas.

La rétention placentaire partielle devra être considérée comme possible, toutes les fois qu'une accouchée saigne après la délivrance quel que soit l'état du placenta, si l'hémorragie est forte, ou bien si elle se présente sous forme d'un suintement léger. La rétention sera encore probable ou possible lorsque le placenta est suspect. Elle sera certaine lorsque le placenta est incomplet.

Grâce à son innocuité en clinique, le seul moyen à employer pour faire la distinction entre ces possibilités, sera l'exploration immédiate de la cavité utérine. C'est grâce à cette intervention qu'on acquiert la certitude de la vacuité de la cavité utérine dans les cas douteux.

Et voici alors exposé d'une façon précise par M. KELLER, dans quels cas cette révision utérine s'impose dans la lutte contre la rétention cotylédonaire :

«1°) Dans tous les cas où immédiatement après l'expulsion du placenta il y a une forte hémorragie ;

2°) Quand le placenta est reconnu manifestement incomplet ;

3°) Dans tous les cas où le placenta paraît suspect quant à son intégrité, même si la femme ne saigne pas ;

4°) De même quand après l'accouchement il persiste un léger suintement sanguin et que nous avons pu exclure comme cause de ce suintement toute lésion à l'entrée du vagin, et ceci même dans les cas où le placenta paraît complet».

Pour les deux premières catégories de cas l'accord est pour ainsi dire unanime : Elles constituent les indications absolues de la révision utérine, celle-ci devant être faite immédiatement après l'accouchement.

Lorsqu'on est surpris par une forte hémorragie immédiatement après l'expulsion du placenta, l'introduction de la main dans la cavité utérine constitue à la fois le seul moyen de diagnostic et de traitement rapide et inoffensif de la rétention de cotylédon. Au cas où la main introduite, après exploration soigneuse, n'aura pas

pu mettre en évidence de restes placentaires, elle permettra aussi d'exclure, s'il y a lieu, toute lésion du segment inférieur de l'utérus, du col ou des culs-de-sac vaginaux. On sait que ce genre de déchirure se produit même dans les accouchements normaux, à plus forte raison là, où l'accouchement a nécessité une manœuvre obstétricale traumatisante; et lorsque l'hémorragie n'est pas à imputer à la rétention placentaire partielle, elle relève parfois d'une telle lésion. L'accoucheur sera aussitôt fixé sur la nature et la gravité des lésions, il sera en mesure d'appliquer à temps la thérapeutique adéquate. C'est seulement lorsque la main exploratrice après avoir soigneusement recherché la rétention cotylédonaire et les lésions génitales, n'aura rien constaté, qu'il faudra admettre l'atonie du muscle utérin comme cause de l'hémorragie. Dans ce cas également, la révision possède une valeur diagnostique et curatrice. En pénétrant dans la cavité, la main de l'accoucheur évacue les caillots, les lambeaux de caduque et les membranes. En même temps cette main excite la surface interne de l'utérus, alors que l'autre main excite la surface externe. On peut ainsi exercer une compression et un massage du muscle sur le poing. Nettoyage de la cavité, excitation mécanique du muscle utérin, constituent deux facteurs qui contribueront puissamment à l'arrêt de l'hémorragie en stimulant de cette façon la contraction et la rétraction de l'utérus.

C'est aussi l'avis de PLAUCHU qui écrit: «Dans la forme avec inertie totale et grave, spontanée et consécutive à une délivrance artificielle, c'est encore l'évacuation manuelle de tout le contenu utérin, par une sorte de curage manuel suivi de peignage de toute la surface utérine, qui est le moyen de choix. L'évacuation de tout débris terminée, la compression par voie abdominale sur le poing fermé dans l'utérus, permettra d'attendre le retour des contractions et de la rétraction utérine. Dans cette forme exceptionnelle seule cette manœuvre est efficace».

Et nous verrons plus loin, que si le retour des contractions et de la rétraction lors de la révision se fait attendre, nous recommandons un moyen très efficace, simple et rapide, pour assurer l'hémostase et compléter l'action de la révision.

La plus intéressante des indications actuelles est celle qui exige la révision «dans les cas où le placenta paraît suspect quant

à son intégrité, même si la femme ne saigne pas». Dans un de ses articles M. KELLER s'exprime de la façon suivante: «Admettons le cas fréquent, où le placenta expulsé ou exprimé présente une surface maternelle déchiquetée, irrégulière, nous nous efforçons, lors de l'inspection du placenta, de ramener les différents lambeaux, de les réunir et de nous convaincre de l'intégrité de cette surface; mais nous n'y arrivons pas toujours et qui pourrait affirmer avec certitude que tel ou tel placenta soit réellement complet, et qu'il ne manque pas le cotylédon qui, pendant les suites des couches, formera le point de départ de toutes les complications désastreuses connues? Même l'accoucheur le plus avisé se trouve, dans certains cas, en peine de donner un avis précis lui dictant l'intervention qui mettra sa conscience à l'abri. Nous savons que, dans des cas de ce genre, la femme ne saigne pas toujours; ou du moins pas tout de suite après l'accouchement et pourtant la décision immédiate à prendre est grave. Voilà donc une catégorie de cas dans lesquels nous faisons maintenant systématiquement la révision de la cavité utérine, pratiquée immédiatement après l'accouchement pour éviter les suites fâcheuses de cette rétention. Dans beaucoup de cas nous ne trouvons rien dans la cavité utérine, quelque fois des caillots de sang tout au plus, pas de restes placentaires; mais, dans d'autres cas, nous étions étonnés de voir sortir un gros lambeau de placenta, plus gros qu'il ne pouvait, au moins d'apparence, correspondre à la partie que nous avions suspectée lors de l'inspection du placenta. «Voilà des cas où cette façon d'agir rend de grands services». Ne voit-on pas au Congrès de Bordeaux MM. COUVELAIRE et ECALLE approuver l'exécution de la révision, lorsque le placenta est d'intégrité douteuse? Nous croyons que le fait de ne pas avoir jusqu'à présent posé cette indication de la révision de la cavité utérine est en première ligne responsable de la fréquence de la rétention. Elle acquiert par ce fait une grande importance dans l'élargissement des indications de la révision.

Il est inutile d'insister une fois de plus sur l'examen minutieux du placenta et sur la difficulté de son interprétation. Qu'on nous permette seulement de souligner la nécessité d'un contrôle extrêmement sévère avant d'affirmer l'intégrité. On doit éviter strictement de qualifier de complet un placenta qui présente le

moindre doute. Un tel placenta rentre dans la catégorie des placentas suspects, ce qui comporte comme corollaire la révision immédiate. A notre avis, il vaut mieux pêcher par excès de scrupules, et faire la révision 20 fois de trop par exemple, plutôt que de laisser passer inaperçue une seule rétention cotylédonaire.

Mais quels sont les placentas douteux? Il est difficile de donner une définition précise, car ils offrent des aspects multiples. Nous nous contenterons d'en indiquer les types principaux. Un placenta devra être jugé d'intégrité douteuse dans les circonstances suivantes:

1°) Lors de la constatation de toute surface cruentée sur la face maternelle, que ce soit au bord ou au centre: l'absence en un endroit quelconque du revêtement décidual vernissé, doit faire penser à un manque de substance placentaire;

2°) Lorsque le placenta est déchiqueté. Soulevé par la face fœtale il fait bailler des déchirures plus ou moins nombreuses et profondes. Il offre alors des lacunes. Si on le pose sur une surface plane, en essayant d'adapter exactement les lambeaux, on n'y parvient pas toujours. Même lorsqu'on y arrive on ne peut être certain de son intégrité;

3°) Lorsque la face maternelle est simplement «coupée de longues balafres allant presque jusqu'à la base du chorion» que la tranche et le fond de la balafre montrent ou non un vaisseau arraché; un tel placenta ainsi fissuré ou balafré est un placenta suspect. Rien ne nous permet d'exclure qu'un petit fragment superficiel ou profond n'ait pas été retenu dans l'utérus et ne soit encore accolé à la paroi.

4°) Lorsque par l'étalement des membranes on constate sur celles-ci la présence de vaisseaux tranchés, rendant probable et possible l'hypothèse d'un placenta succenturié.

5°) Lorsque près du pourtour du placenta, on constate sous un jet d'eau, une surface rugueuse, avec des filets blanchâtres, souillée ou non de sang, on ne peut pas éliminer la présence dans l'utérus d'un cotylédon accessoire juxtaposé au placenta principal, et nourri par celui-ci.

«Il m'est arrivé plusieurs fois, ajoute BUDIN, de montrer aux étudiants des cas analogues; le cotylédon, en partie détaché du bord du placenta, y était cependant resté adhérent. Si on com-

plétait la séparation on voyait que le cotylédon aurait pu facilement rester dans la cavité utérine, on ne s'en serait pas aperçu».

6°) Lorsque la surface est extrêmement irrégulière et bosselée, formée par un grand nombre de petits cotylédons, un de ces mamelons peut manquer sans que cela soit apparent;

7°) Lorsqu'une femme accouche à l'extérieur, et qu'elle arrive tout de suite à la Clinique après l'accouchement, le placenta qui n'a pas été examiné devra être considéré comme étant équivalent à un placenta suspect;

8°) Dans les cas de décollement prématuré, partiel ou total du placenta normalement inséré, on ne peut affirmer l'intégrité par l'examen de la face maternelle, qui présente des irrégularités de surface plus ou moins marquées.

Lorsque toute lésion à l'entrée du vagin est hors de cause, et qu'il persiste cependant un écoulement sanguin léger, quelque soit l'état du placenta, les raisons à intervenir sont aussi sérieuses que lorsqu'il y a une forte hémorragie. De même que dans ce dernier cas les causes possibles des pertes sont au nombre de 3: Rétention cotylédonaire, lésion des parties basses de l'utérus et des culs-de-sacs vaginaux, inertie utérine. Les raisons de ces deux indications se superposent.

Souvent dans ces cas, l'atonie est la cause de l'hémorragie. On ne ramène parfois que des caillots adhérents aux faces utérines. L'évacuation de ces caillots amène la rétraction et la contraction de l'utérus. D'ailleurs cette thérapeutique par la révision utérine dans ces circonstances n'est pas nouvelle. LEVRET (il y a 200 ans), SAXTROPH (il y a 140 ans) au Danemark, ont déjà préconisé l'extraction manuelle des caillots dans les hémorragies de la délivrance par atonie. Ce traitement tomba dans l'oubli. BRANDT (Oslo) l'a remis en pratique depuis une vingtaine d'années.

Certains accoucheurs réclament la révision immédiatement après l'accouchement dans les cas de rétention de membranes; cette indication n'a pas cours chez nous lorsque l'accouchée ne saigne pas, ou que nous ne soupçonnons pas de placenta succenturié. La rétention de membranes d'après nos constatations ne provoque pas de complications graves dans le post-partum, de sorte que nous restons dans ce cas toujours abstentionnistes.

Nous venons d'exposer de quelle façon nous concevons la prophylaxie de la rétention placentaire partielle au moyen de la révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement, et les raisons d'être de cette révision. Nous savons maintenant qu'au cours de cette prophylaxie, on rencontre parfois des lésions telles que la rupture du segment inférieur de l'utérus, des déchirures du col et des culs-de-sac vaginaux lorsque la femme saigne. Mais, tout comme pour la rétention de cotylédon, l'hémorragie n'est pas un symptôme obligatoire. La symptomatologie de ces déchirures est parfois nulle toute de suite après l'accouchement; elle peut survenir tardivement. L'infection la révèle ensuite sous forme de paramétrite ou de péritonite puerpérale à évolution lente, de sorte que le traitement efficace vient généralement trop tard.

Pour diagnostiquer ces lésions, c'est encore à la révision utérine immédiatement après l'accouchement que nous nous adressons. Dans quels cas? se demandera-t-on. M. KELLER juge nécessaire de «faire la révision de la cavité utérine ainsi que de toute la filière pelvi-génitale, dans tous les cas où nous avons été amenés à faire une version difficile, où l'on ne peut pas garantir l'intégrité des tissus. Cette révision nous fera reconnaître à temps une déchirure du segment inférieur ou autre, car nous savons bien qu'il y a des déchirures du segment qui, au moment même, ne font aucun symptôme, pas de douleurs, pas d'hémorragie, pas d'hématome. Les symptômes ne viennent que tardivement quand l'infection s'en mêle, quand le phlegmon rétropéritonéal ou la péritonite se sont installés; à ce moment il est généralement trop tard pour une thérapeutique efficace.

Reconnu par contre au moment même, on peut avec beaucoup plus de chance de réussite parer à ces complications infectieuses, en faisant de suite l'intervention qui s'impose».

Nous réclamons maintenant la révision dans le but de vérifier le segment et le col non seulement après les versions et extractions, mais aussi après toute intervention traumatisante telle que: dilatation manuelle du col suivant la méthode de DELMAS, application du forceps, craniotomie et embryotomie.

Il convient encore d'élargir les indications de la révision et de l'appliquer à des cas plus rares: toutes les fois qu'on soupçon-

ne une tumeur utérine, un fibrome sous-muqueux par exemple, ou une anomalie des organes génitaux internes (utérus double, utérus bicorne, etc...). L''exploration de la cavité utérine aussitôt après l'accouchement offre alors un excellent moyen de diagnostic, d'une grande simplicité.

B. — *Etude de la nouvelle statistique.*

A la suite de notre exposé, qui résume notre conception des indications élargies de la révision, et leur raison d'être, il ne nous reste plus qu'à illustrer cette conception par nos résultats.

Dans l'étude de la nouvelle statistique (15 juillet 1931 — 19 juillet 1932), nous aurons à envisager:

1°) Particularités des délivrances antérieures à celle suivie de révision chez les multipares;

2°) Considérations sur les accouchements et les délivrances suivis de révision;

3°) Les rapports entre la fréquence des révisions et le nombre d'accouchements;

4°) La fréquence des indications;

5°) Les résultats de cette conduite:

a) du point de vue prophylaxie de la rétention. Les restes placentaires retirés avec examens histologiques à l'appui;

b) du point de vue diagnostic des lésions, de tumeurs;

6°) La morbidité de la révision dans les suites des couches.

1°) Il s'agit de 88 primipares et de 112 multipares. Dans l'anamnèse de ces multipares on rencontre comme particularités pendant les délivrances antérieures les faits suivants:

Hémorragie de la délivrance..... 5 cas

1 décollement manuel du placenta:..... 2 cas

3 décollements manuels du placenta chez une 4ème pare 1 cas

Chez 4 femmes on note dans les antécédents:

1ère parturiente: rétention de cotylédon. Curettage suivi d'abcès paramétran;

2ème parturiente : pyémie après rétention de cotylédon. Guérison ;

3ème parturiente : Rétention de cotylédon. Grande hémorragie avec anémie aiguë compromettant gravement la vie ;

4ème parturiente : 1 décollement manuel ; 1 hémorragie de la délivrance, 1 rétention de cotylédon.

Des cas semblables nous rendent plus spécialement attentifs à la délivrance, et, déterminent la prompte intervention. Lors de la moindre hémorragie à la délivrance, il convient d'exprimer le placenta chez des accouchées qui comptent des accidents hémorragiques dans leurs accouchements antérieurs, et on explore la cavité utérine au moindre soupçon. L'indication de la révision acquiert par ces antécédents une valeur encore plus grande.

II°. — Parmi les accouchements dont la délivrance a été suivie de révision, on distingue :

1°) les accouchements qui s'effectuent sans manœuvres obstétricales à l'intérieur du canal génital : ils sont au nombre de 169, c'est-à-dire 84,5 % ;

2°) les accouchements qui ont nécessité des interventions telles que : extraction pour présentation du siège, abaissement d'un pied, versions internes, incisions du col, application de forceps, perforation, embryotomie. Il s'agit de 31 cas, c'est-à-dire 15,5 %.

Relevons certaines particularités dans la 1ère catégorie :

1 cas d'hémorragie par varices vaginales et utérus fibromateux ;

1 cas de liquide amniotique fétide ;

2 cas accouchés à l'extérieur, délivrés avant l'arrivée, avec renseignements imprécis sur la délivrance ;

1 cas de placenta praevia marginal ;

2 cas de décollement prématuré partiel du placenta normalement inséré.

Dans la 2ème catégorie, qui a nécessité des interventions obstétricales pendant l'accouchement, il faut énumérer :

6 présentations du siège avec extraction, dont 1 fois avec abaissement d'un pied et extraction ;

8 versions internes :

2 pour placenta praevia;
3 pour présentation transverse;
1 pour présentation transverse avec placenta praevia;
1 après section antérieure du col puis accouchement terminé par embryotomie;
4 applications de forceps;
4 applications de forceps avec incision du col;
1 application de forceps puis perforation crânienne (déchirure totale);
1 cas d'incision du col.
Perforation crânienne: 1 cas;
Perforation crânienne après incision du col: 1 cas

Parmi les grossesses gémellaires il y a:
1 présentation du siège + présentation de l'épaule; version 1er enfant en présentation céphalique: 2ème en transverse: 1er enfant en présentation céphalique et 2ème en transverse: 2 fois.

Version interne: 2 fois.

9 femmes furent fébriles pendant l'accouchement, 3 d'entre elles accouchent sans intervention (2 fois rupture prématurée des membranes). Enfin les 6 dernières parturientes subirent des interventions à l'intérieur du canal génital pendant l'accouchement. Nous verrons plus loin l'évolution durant le post-partum de ces cas nettement infectés pendant le travail.

Pendant l'accouchement et la délivrance nous conservons les principes exposés lors de l'étude des indications restreintes de la révision.

147 accouchées expulsent spontanément l'arrière-faix; l'expression du placenta selon Crédé a lieu 53 fois.

III°) *Fréquence de la révision par rapport au nombre des accouchements.*

Du 15 juillet 1931 au 19 juillet 1932, le nombre d'accouchements dans notre Maternité s'élève à 2.057. 200 révisions de la cavité utérine ont été faites dans ce laps de temps. Cela correspond à 9,7 pour cent accouchements. Il s'agit donc d'un chiffre oscillant autour de 10%, soit 1 révision pour 10 accouchements.

Calculé comparativement à la moyenne de 0,63 % de révisions faites suivant les indications restreintes, on aurait fait ainsi sur 2.057 accouchements, au lieu de 200 révisions, 13 révisions seulement. Par contre, l'école roumaine en aurait fait 2.057.

Nous nous écartons beaucoup de l'une et de l'autre conduite.

M. GHEORGHIU relève la phrase suivante exprimée par M. KELLER au Congrès de Bordeaux, lors de la discussion des hémorragies secondaires tardives du post-partum: «Il n'y a qu'un moyen, d'après notre avis, c'est l'élargissement de l'indication de la révision utérine immédiatement après l'accouchement; seulement de cette façon on ne fera pas encourir à l'accouchée les surprises désagréables de la rétention d'un cotylédon pendant les suites de couches». Et M. GHEORGHIU dit alors dans sa Communication à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Bruxelles: «Pour nous, cela veut dire que tôt ou tard, il arrivera certainement à la révision systématique de la cavité utérine après chaque accouchement».

Nous nous élevons contre cette assertion. Le chiffre de 10%, comme nous le verrons par la suite, nous a donné de très bons résultats. Nous déclarons ce chiffre satisfaisant et non exagéré.

IV°) *Fréquence des indications:*

Sur 200 révisions faites à notre Maternité, voici la fréquence de chaque indication:

1°) *forte hémorragie après expulsion du placenta:* 47 cas.

Citons comme particularités: 2 fois rétention de membranes et 1 rétention de cotylédon au cours d'un accouchement antérieur. Parmi ces 47 cas, le placenta est noté suspect 18 fois.

2°) *Placenta manifestement incomplet:* 5 cas.

Un des placentas fut syphilitique, extrêmement œdémiatié et réduit en une bouillie informe.

3°) *Placenta suspect sans aucune hémorragie après l'expulsion:* 128 cas.

Cette indication justifie à elle seule 5/8èmes environ de nos révisions, alors qu'autrefois elle était inexistante. Chez deux femmes qui subirent la révision pour placenta suspect, on note dans

les antécédents la rétention cotylédonaire. Chez deux autres, on put constater à l'accouchement actuel un décollement prématuré du placenta normalement inséré.

4°) *Pour persistance d'un léger suintement sanguin sans qu'il n'y ait de lésion à l'entrée du vagin:* 2 cas seulement: 1 fois il y eut en même temps rétention de membranes.

5°) *Les révisions dites «du segment», après manœuvre obstétricale traumatisante au cours de l'accouchement.*

Il s'agit de 17 cas dont nous résumons brièvement les observations:

Obst. I. — Placenta praevia central. 9ème mois. Hémorragie abondante. Transfusion de sang. Version. Extraction. Expression du placenta. Température 38°8. Pouls 120. Révision: diagnostic: une dizaine de petits fibromes sous-muqueux pédiculisés. Thrombose variqueuse droite dans le post-partum.

Obs. II. — Présentation de l'épaule. Procidence du cordon. Anneau de contracture. Version, extraction. Température 38°. Pouls 120. Expression du placenta. Pas de lésion. Suite sans fièvre, hospitalisation: 8 jours.

Obs. III. — Utérus arqué. Présentation de l'épaule. Version. Grande extraction. Enfant de 4.000 gr. Hémorragie. Expression du placenta. Révision: éclatement sous-péritonéal du segment inférieur, hystérectomie. Guérison sans complication.

Obs. IV. — Douleurs spastiques. Forceps au détroit moyen pour souffrance fœtale, hémorragie de la délivrance. Expulsion spontanée du placenta. Révision: pas de lésion. Suites sans fièvre

Obs. V. — Procidence du cordon au dehors. Enfant mort. Incisions du col. Perforation crânienne. Température 38°4. Pouls 120. Révision: pas de lésion. Suite: Fébrile les trois premiers jours du post-partum. Hospitalisation: 12 jours.

Obst. VI. — Disproportion entre tête et bassin. Forceps au détroit supérieur à l'extérieur. Fièvre pendant le travail. Forceps au détroit supérieur à la Clinique. Enfant mort. Expression du placenta. Température: 38°2. Pouls 110. Révision: éclatement du vagin; suture, tamponnement de la plaie. Suite: fièvre d'un jour.

Obs. VII. — Inertie utérine, souffrance fœtale, incisions du col, forceps au détroit moyen, hémorragie de la délivrance, ex-

pression du placenta. Révision : pas de lésion ; pas de placenta. Suite : fièvre d'un jour.

Obs. VIII. — Incisions du col suivies d'hémorragies. Forceps au détroit supérieur, tamponnement à l'extérieur. Au Service : nouvelles incisions du col, forceps au détroit supérieur, hémorragie de la délivrance, expression du placenta. Révision : pas de lésion. Suite : fièvre d'un jour.

Obs. IX. — Incisions du col, forceps au détroit moyen. Expression du placenta, révision : pas de lésion, pas de restes placentaires. Suite : sans fièvre.

Obs. X. — Rupture artificielle des membranes. Placenta praevia. Procidence du cordon. Version. Extraction. Révision : Pas de restes placentaires, pas de lésion. Suite sans fièvre.

Obs. XI. — Présentation transverse, version, grande extraction. Expulsion spontanée du placenta. Révision : utérus arqué, pas de lésion. Suite sans fièvre.

Obs. XII. — Bassin rétréci, forceps au détroit supérieur au dehors, enfant mort, perforation crânienne, déchirure totale, expression du placenta, hémorragie. Révision : pas de lésion. Suite : pyélonéphrite (fébrile 1 jour).

Obs. XIII. — Présentation de l'épaule ; rupture prématurée des membranes, version, souffrance fœtale. Extraction. Révision : rupture du segment inférieur sur une étendue de 5 cm. Décollement sous-péritonéal vaste, vaisseaux utérins non palpables, péritoine intact. Pas d'hémorragie. Suite : sans aucun symptôme.

Obs. XIV. — Grossesse gémellaire. 2ème enfant en position transverse. Version. Expression du placenta. Révision : pas de placenta, pas de lésion. Suite sans fièvre.

Obs. XV. — Grossesse du 8ème mois. Placenta praevia central. Présentation transverse. Perforation du placenta suivie d'extraction. Révision : pas de lésion. Suite : fièvre d'un jour.

Obs. XVI. — Placenta bas inséré, hémorragie. Rupture artificielle des membranes, procidence du cordon. Tentative infructueuse de refoulement, section antérieure du col, version, embryotomie. Révision : pas de lésion. Suture de la section. Tamponnement utéro-vaginal à cause de la plaie. Suite : pyélite avec fièvre, guérison. Hospitalisation : 15 jours.

Obs. XVII. — Forceps au détroit moyen pour souffrance fœtale. Expression du placenta. Révision : désinsertion du col et du vagin à droite. Plaie s'ouvrant dans le tissu paramétran. Suture partielle et tamponnement de la plaie. Suite sans fièvre.

6°) *Révision immédiatement après l'accouchement pour soupçon de tumeur utérine :* 1 cas.

V°) *Résultats de notre ligne de conduite.*

Quels sont les résultats obtenus au moyen de cette ligne de conduite ?

a) *Au point de vue prophylaxie de la rétention cotylédonaire.*

D'une part, il s'agit d'étudier les débris évacués lors des révisions, et d'autre part de rechercher si aucun cas de rétention placentaire n'a passé inaperçu. Pour étudier les débris ovulaires retirés de la cavité utérine, le simple examen à l'œil nu nous a paru sujet à caution. Afin d'être en possession de résultats indiscutables, M. KELLER a pratiqué l'examen histologique dans 164 cas.

Les réponses fournies à cet examen histologique sont assez diverses. Voici les 7 groupes que nous avons pu établir :

I. — *Sang et fibrine :* 14 fois dont 2 fois avec présence de débris de membranes.

II. — *Caduque en petite quantité :* 83 fois :

avec débris de membranes :	6 fois
avec cellules ectodermales :	11 fois
avec du tissu musculaire :	3 fois

III. — *Gros lambeaux de caduque :* 38 fois :

avec membranes :	3 fois
avec cellules ectodermales :	6 fois

IV. — *Tissu musculaire seul :* 1 fois (quelques débris musculaires avec infiltration leucocytaire).

V. — *Villosités choriales éparpillées dans du sang :* 11 fois : dont 1 fois muscle + sang + fibrine + lambeaux de caduque parsemés de cellules géantes.

VI. — *Tissu placentaire en quantité plus importante :* 7 fois.

VII. — *Cotylédons :* 10 fois.

A l'œil nu on a constaté :

1°) 3 fois la rétention de cotylédon. Dans ces trois cas l'examen histologique n'a pas été fait.

2°) 15 fois du tissu placentaire dans les débris retirés : l'examen histologique a confirmé l'exactitude de ces faits.

3°) 4 fois on a cru voir du placenta : dans 4 de ces cas l'examen histologique n'a pas décelé de placenta.

4°) Enfin dans 13 cas, où l'examen macroscopique n'a rien révélé, l'examen histologique a montré 11 fois des villosités, et 2 fois du tissu placentaire en quantité plus importante.

Cette dernière remarque démontre suffisamment l'imperfection de l'examen macroscopique à lui seul.

Parmi ces 7 groupes, il s'agit de faire une distinction. Les 4 premiers d'un côté, les 3 derniers d'un autre. Dans les 4 premiers, l'ordre de fréquence croissante est le suivant :

Tissu musculaire seul (éventualité la plus rare), sang et fibrine, caduque en grande quantité, caduque en petite quantité. Les trois derniers groupes de la classification sont les plus importants, car ce sont des restes placentaires. Le plus rarement on trouve du tissu placentaire ne formant pas de cotylédon puis des cotylédons, puis de simples villosités éparpillées dans du sang.

On conçoit sans peine, l'importance de l'éloignement de tous ces restes placentaires. Dans 20 cas, nous avons éloigné les restes capables d'amener des complications graves durant le post-partum.

Par rapport aux indications, ces restes se répartissent de la façon suivante :

Pour forte hémorragie après expulsion du placenta (qui paraît complet) : 1, (qui paraît suspect : 3) : 4
Pour placenta manifestement incomplet : 5
Pour placenta suspect sans hémorragie après l'expulsion : 11
Pour suintement sanguin après expulsion du placenta : 0

En tout, 20 rétentions.

11 fois, on ramène de simples villosités éparpillées dans du sang. Nous ne pensons pas que la rétention de ces dernières comporte en général un gros danger pour les suites de couches, néanmoins leur présence est intéressante à connaître.

Si à cela on ajoute, que sur 2.057 accouchements aucun cas

de rétention placentaire n'a passé inaperçu, que jamais aucune accouchée n'a présenté de signe de rétention dans le post-partum, il apparaît nettement que nos indications sont aptes à assurer la prophylaxie efficace de la rétention placentaire partielle.

Maintenant que le but principal de l'élargissement des indications de la révision est atteint, c'est-à-dire l'évacuation de la cavité utérine de tout débris placentaire, demandons-nous quel est le rôle joué après la délivrance et le post-partum par les débris qui correspondent aux 4 premiers groupes de notre classification.

Rarement il reste du sang et de la fibrine seuls, d'ailleurs ce genre de débris paraît inoffensif. Les débris les plus importants et parfois les plus fréquents, sont des restes de caduque. Souvent on les trouve en grande quantité, plus souvent encore en petite quantité. Quoi qu'il en soit, on peut, a priori, s'imaginer les inconvénients de cette rétention.

Contrairement à ce qui existe pour les débris de membranes, les lambeaux de caduque possèdent une riche structure vasculaire. Par ce fait, ils peuvent donner lieu à des hémorragies après la délivrance. On a une trop grande tendance à admettre que ces hémorragies se produisent par atonie. La cause de cette atonie ne peut-elle pas parfois être la rétention de caduque en grande quantité ?

Lorsque de la caduque est retenue dans la cavité utérine, celle-ci s'élimine habituellement dans le post-partum avec les lochies. Il ne s'agit pas, certes, d'un tissu étranger à la mère, mais on peut se demander si cette rétention ne provoque jamais d'accident.

Klaften lui attribue un rôle dans l'étiologie des hémorragies tardives du post-partum en l'absence de toute rétention placentaire. Cet auteur écrit : «La plupart des accoucheurs n'attachent pas d'importance à la rétention de caduque s'il n'y a pas en même temps de restes ovulaires. Mais il est connu que des restes de caduque peuvent donner lieu à des formations polypeuses et des états d'atonie du post-partum. Comme cause des hémorragies tardives du post-abortum, Fraenkel a vu dans un cas une dilatation variqueuse des vaisseaux circulant dans la caduque retenue. S'il estime que la caduque après avortement, par opposition à

celle après grossesse à terme, donne plutôt des hémorragies tardives, nous avons cependant pu constater dans 3 cas personnels que les restes de caduque après une grossesse à terme, peuvent, grâce à une involution insuffisante des vaisseaux, donner lieu à une hémorragie tardive».

C'est également l'opinion de von KERMAUNER.

Et nous-mêmes, n'avons-nous pas observé au cours des années 1922-1923, lorsque l'indication de la révision était encore très limitée, 2 cas de métrorragies tardives du post-partum sans rétention, attribuables à la pathogénie sur laquelle insiste l'auteur précédemment cité?

Si l'on veut bien se reporter à la statistique de 1922 à 1931, on trouve 2 cas de polypes fibrineux provoquant des hémorragies tardives. L'examen microscopique des débris retirés a révélé les détails suivants:

Dans le 1er cas: prolifération des vaisseaux, pas de tissu placentaire.

Dans le 2ème cas: caillots sanguins, cellules déciduales, quelques vaisseaux.

Il faut donc admettre le rôle de la rétention de caduque avec ultérieurement prolifération des vaisseaux et dégénérescence hyaline de cette ancienne muqueuse, dans un certain nombre de cas d'hémorragies secondaires tardives du post-partum sans rétention placentaire.

Pour KLAFTEN cette rétention de caduque s'oppose à la bonne involution utérine. A la surface de cette caduque compacte, même circonscrite, se forment des accumulations de sang, des hématomes.

Au cours de la révision, la main évacue cette caduque en plus ou moins grande quantité, comme le montre l'examen histologique. L'accoucheur devance ainsi le travail physiologique de l'utérus pendant les suites de couches, et lui épargne une fonction à laquelle il ne parvient pas toujours avec facilité. La sous-involution utérine peut être ainsi évitée. Cette séduisante opinion, se trouve-t-elle confirmée dans nos cas?

A vrai dire, nous n'avons constaté, parmi nos 200 révisions, aucune hémorragie tardive du post-partum. De même, aucun cas de sous-involution utérine n'a été enregistré. Une seule fois, il

s'agissait d'un très léger retard de l'involution utérine; retard de 3 jours seulement, mais en l'absence d'expulsion de caillots, de température sub-fébrile. L'accouchée a quitté le service guérie, 12 jours après l'accouchement.

Nous avons au contraire été frappés par le fait, que parmi la plupart des accouchées, 80 % des cas environ qui ont subi la révision, l'involution utérine s'est faite rapidement alors que les femmes ne présentaient pas la moindre accélération du pouls et élévation de la température. On a ainsi obtenu de belles courbes thermiques que l'on ne rencontre pas dans bien des accouchements spontanés où la révision n'a pas été faite.

Ce fait important parle en faveur de l'hypothèse qui attribue un grand rôle à la rétention de caduque comme cause de la sous-involution utérine. Mais la caduque, ainsi que tous les autres débris non placentaires, ne peuvent-ils pas, sous certaines conditions, devenir une source d'infection pour l'organisme puerpéral? Il semble que ce soit parfois le cas, notamment dans les utérus infectés pendant le travail. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point lors de l'étude de la morbidité de la révision pendant les suites de couches dans les cas infectés.

Parmi les 1857 accouchements où la révision n'était pas indiquée d'après nous, on compte 1 hémorragie tardive du post-partum sans rétention placentaire, et 6 sous-involutions utérines vraies. Mais la pathogénie de ce seul cas d'hémorragie tardive est toute différente de ce que l'on voit habituellement, de sorte que son observation mérite d'être exposée et commentée:

Il s'agit d'une femme qui accouche pour la 1ère fois le 19 janvier 1932. L'accouchement, la délivrance, les suites de couches, sont normaux. 12 jours après l'accouchement, elle ressent des douleurs dans la fosse iliaque droite, le médecin constate une tuméfaction à ce niveau, de la taille de deux poings. Cette douleur s'améliore progressivement. Il n'y a jamais eu d'arrêt des gaz et des matières, ni vomissements.

14 jours après ce début survient une hémorragie assez abondante qui cesse spontanément. Le lendemain, nouvelle hémorragie de 300 à 400 grammes. Altération de l'état général. Admission. Par l'examen externe on pense à un plastron appendiculaire. L'examen interne montre un col perméable à deux doigts et une tumeur du côté droit. On croit alors à une rétention de cotylédon. L'hémor-

ragie n'étant pas inquiétante à l'admission, on décide l'expectative. Le lendemain la femme saigne légèrement. Température : 38°. Examen du sang : globules rouges 2.980.000. Hémoglobine : 55%. Leucocytes : 8.700. Le surlendemain même état. 1 jour plus tard : la femme saigne d'une façon continue avec expulsion de caillots. Exploration digitale de la cavité utérine : le curage ne ramène pas de débris. Curettage : hauteur de l'utérus : 10 cm. Résultats de l'examen histologique après le curettage : muqueuses bien régénérées, pas de restes d'éléments fœtaux. Rien d'anormal aux vaisseaux. Infiltration discrète de la muqueuse, sang et fibrine organisés en contact intime avec la muqueuse.

Tous les symptômes s'amendent et 13 jours après l'intervention le plastron appendiculaire a presque complètement disparu. La malade fait alors une angine pultacée qui guérit rapidement. 20 jours après l'admission l'examen interne montre le status suivant : Col fermé. Utérus en antéflexion et rétroposition, attiré vers la droite. Dans la partie supérieure du paramètre droit, infiltration diffuse menant à une tuméfaction diffuse de la région iléo-caecale. La femme quitte le service, on conseille l'appendicectomie ultérieurement.

Après avoir pensé d'abord à une hémorragie tardive due à la rétention d'un cotylédon, et accompagnée d'annexite aiguë puerpérale, l'exploration digitale de la cavité utérine suivie de curettage et l'examen microscopique des débris curetés, ainsi que l'évolution des symptômes, ont éliminé cette hypothèse. Il s'agit bien d'un plastron appendiculaire dont la congestion pelvienne, qui fait suite à l'inflammation de l'appendice, provoque des métrorragies. Cette observation sort donc du cadre habituel des métrorragies secondaires-tardives du post-partum.

En définitive, le bilan des résultats de notre ligne de conduite est le suivant :

1°) Enlèvement de tous les débris placentaires retenus dans la cavité utérine immédiatement après la délivrance au moyen de la révision, et enlèvement des débris de caduque dans 121 cas.

2°) Bonne involution utérine, et post-partum normal dans 80 % environ des cas qui ont subi la révision. Aucun cas de sous-involution ni de métrorragie tardive dans les 200 cas.

3°) Au cours d'une année sur 2.057 accouchements (y compris les 200 révisions), on note 1 seul cas d'hémorragie secon-

daire tardive du post-partum d'un type particulier; métrorragie par congestion pelvienne due à une appendicite sub-aiguë.

Aucun cas de rétention placentaire partielle n'a passé inaperçu, et 6 cas de sous-involution utérine seulement ont pu être constatés.

b) Voyons maintenant les résultats de notre ligne de conduite *du point de vue du diagnostic de lésions génitales après intervention traumatisante et diagnostic de tumeurs utérines.*

Nous avons déjà exposé un résumé de chaque observation concernant les révisions dites «du segment». Qu'il nous suffise d'énumérer ici les diagnostics que nous avons pu faire suivant l'ordre de leur importance, et d'y apporter quelques commentaires.

Dans 6 cas sur 17 la révision a eu un résultat positif:

1°) Eclatement sous-péritonéal du segment après version et extraction pour présentation de l'épaule.

2°) Rupture du segment inférieur sur 5 centimètres. Décollement sous-péritonéal vaste après version et extraction pour présentation de l'épaule avec rupture prématurée des membranes et souffrance fœtale.

3) Désinsertion partielle du col et du vagin, plaie s'ouvrant dans le tissu paramétran après application de forceps.

4°) Eclatement du vagin dans 1 cas infecté après forceps au détroit supérieur.

5°) Dans le but de vérifier le segment dans 1 cas où l'on fait la version pour placenta praevia central, la révision montre une dizaine de petits fibromes sous-muqueux pédiculisés.

6°) Constatation d'un utérus arqué.

Grâce à cette révision on a pu faire le diagnostic très précoce, c'est-à-dire aussitôt après l'expulsion du placenta, de 2 cas de rupture utérine. On a pu mesurer la gravité des lésions et dans le premier cas la femme a été opérée aussitôt dans les meilleures conditions, c'est-à-dire avant que l'hémorragie et l'infection n'aient pu altérer l'état général; dans le 2ème cas on s'est contenté de tamponner la plaie et d'attendre. La femme a guéri sans la moindre complication. Si au contraire l'hémorragie ou l'infection avaient fait leur apparition, l'intervention aurait été nécessaire. Ce dernier cas nous permet de penser que plus d'une rupture utérine passe inaperçue, ou bien n'est reconnue que tardivement, lorsqu'on

ne pratique pas systématiquement la révision utérine après un accouchement traumatisant. C'est également à cette révision qu'on doit le diagnostic le plus rapide et le plus précis d'une désinsertion partielle du col du vagin, la plaie se prolongeant jusque dans le paramètre correspondant au côté de la désinsertion. On lui doit aussi le diagnostic d'un éclatement du vagin. Grâce à elle, la suture et le tamponnement de la plaie immédiatement après la production des lésions ont permis d'obtenir une guérison sans incident.

La révision nous a permis de soupçonner l'étiologie d'un cas de placenta praevia central par suite de la présence de petits fibromes sous-muqueux pédiculisés. Si cette femme revient au Service ultérieurement pour son affection gynécologique ou pour une nouvelle grossesse, nous possédons à l'avance ce renseignement précieux.

Tel est l'actif de la révision du segment. Sans danger pour la femme, elle permet de poser un diagnostic précis et d'instituer une thérapeutique précoce et efficace.

Nous avons utilisé la révision de la cavité utérine comme moyen de diagnostic de la nature et du siège des tumeurs utérines ou juxta-utérines rencontrées à l'accouchement. Précédemment nous avons constaté, à l'occasion d'une révision du segment, de petits fibromes sous-muqueux. Dans un 2ème cas, nous voulions déterminer le siège d'un fibrome que l'on soupçonnait d'abord sous-muqueux. Voici le résumé de cette observation :

Il s'agit d'une IIIpare. Accouchements précédents normaux. Rien de particulier dans les antécédents généraux et obstétricaux. Accouchement prématuré fin du 8ème mois, avec procidence du cordon à dilatation complète. Après une période d'expulsion de 15 minutes, naissance d'un enfant vivant.

L'utérus reste gros, on pense d'abord à une grossesse gémellaire. L'examen externe montre qu'il s'agit plutôt d'un fibrome. Pour confirmer ce fait et pour préciser le siège de cette tumeur, on fait une révision dès que le placenta complet est expulsé. Résultat : constatation à la partie inférieure du corps utérin d'un fibro-myome de la taille d'une orange, à siège intramural. Suites normales.

Faut-il croire que la révision ne présente que des avantages, et qu'elle n'ait aucune influence néfaste sur les suites de couches ?

Pour élucider cette question nous devons étudier la morbidité dans les 200 cas.

VI°) *Morbidité de la révision pendant les suites de couches.*

Les suites de couches des femmes chez qui la révision de la cavité utérine immédiatement après l'accouchement a été entreprise, sont intéressantes à étudier dans nos 200 cas. Nous avons déjà insisté sur le post-partum normal, les belles courbes de température et la bonne involution utérine dans environ 80 % des cas.

Mais qu'est-il advenu des autres femmes? Remarquons avant d'aller plus loin qu'aucun cas mortel n'a été enregistré, bien que l'infection pendant le travail ait été évidente dans certaines observations. *La mortalité est donc nulle.*

Quant à la morbidité globale, elle se détaille de la façon suivante:

Thrombose variqueuse: 1 fois;
Pyélonéphrite: 7 fois (dont 5 fébriles 1 jour et 2 fébriles pendant 3 jours);
Néphrite: 1 fois (fébrile 1 jour);
Bronchite aiguë: 1 fois (fébrile les 4 premiers jour du post-partum);
Infection de la suture: 2 fois;
Fièvre d'un jour: 16 fois;
Fièvre les 3 premiers jours sans autre symptôme: 1 fois;
Endométrite: 7 fois (dont 2 fois associée à une pyélonéphrite), 5 de ces endométrites furent légères;
Irritation annexielle (fébrile pendant 3 jours): 1 fois;
Annexite puerpérale: 1 fois;

Soit au total 38 cas morbides. Cela correspond à une morbidité globale de 19 %.

Comparé à 32,9 %, pourcentage que nous avions obtenu lors de l'étude de la morbidité des indications restreintes de la révision, notre chiffre a été amélioré d'une façon sensible. En dehors de ce fait, insistons surtout sur la bénignité de cette morbidité. En effet, aucune de ces complications n'a mis en danger la vie de l'accouchée. La plus sévère, s'il est permis de s'exprimer ainsi, en regard des graves complications évitées au moyen de la révision, consiste en une annexite puerpérale apparue 7 jours après l'accouchement, et afébrile 8 jours après les premiers symptômes. Il

persistait, au moment où la malade quittait la Clinique, 2 petites tumeurs annexielles des deux côtés.

La durée d'hospitalisation des accouchées qui ont subi la révision confirme l'innocuité de cette intervention :

160 femmes quittent le service avant le 10ème jour ;
17 « « « le service le 10ème jour ;
6 « « « « le 11ème jour ;
7 « « « « le 12ème jour ;
1 « « « « le 13ème jour ;
1 « « « « le 14ème jour ;
1 « « « « le 15ème jour (pyélite)
1 « « « « le 19ème jour ; (endométrite)
1 » » » » le 20ème jour ; (annexite puerpérale)
2 « « « « le 25ème jour ; (endométrites)
1 « « « « le 45ème jour ; (thrombose variqueuse).

Nous avons exclu de cette liste deux accouchées : l'une a été opérée (hystérectomie pour rupture utérine après version interne) ; l'autre concerne une femme qui était soignée dans notre Service à la suite d'une toxémie gravidique qui a prolongé son séjour.

Etudions maintenant la répartition de la morbidité suivant qu'elle s'adresse : 1°) aux révisions après accouchement sans intervention à l'intérieur du canal génital ; 2°) aux révisions après accouchement avec intervention ; 3°) aux révisions après accouchement avec fièvre pendant le travail ;

1°) Parmi les premières on rencontre dans le post-partum :

1 bronchite aiguë ;
3 pyélonéphrites ;
2 infections de la suture ;
11 fièvres d'un jour ;
4 endométrites dont 3 légères ;
1 irritation annexielle ;
1 annexite puerpérale ;

En tout 24 cas morbides sur 169 révisions.

2°) Parmi les accouchements qui ont nécessité des interventions pendant l'accouchement capables de provoquer l'infection, on note sur 31 révisions 14 cas morbides. Ce chiffre semble as-

sez élevé à première vue, mais il est sans valeur, si l'on veut en faire un argument contre la révision dans ces cas. En effet, ce sont des complications du post-partum d'une extrême bénignité et souvent à manifestation rénale. Voici leur énumération :

3 pyélonéphrites ;
1 néphrite ;
2 endométrites légères avec pyélonéphrite ;
1 fièvre pendant 3 jours sans autres symptômes ;
1 thrombose variqueuse ;

Il est toutefois intéressant de constater que la morbidité est relativement plus fréquente dans les cas qui ont nécessité des manœuvres intra-génitales durant l'accouchement ;

3°) Nous arrivons enfin à la révision faite dans des cas nettement infectés chez des accouchées qui présentaient pendant l'accouchement une température (axillaire d'au moins 38°). Pour se faire une idée exacte de ces cas nous devons les exposer brièvement :

4 de ces observations sont déjà citées dans l'un des paragraphes précédents (voir la fréquence des indications de la révision dite «du segment», Observations 1, 2, 5, 6).

A ces 4 cas fébriles dont l'accouchement a nécessité des interventions obstétricales, s'ajoutent deux autres cas du même genre :

Vème Pare. Grossesse du 8ème mois. Placenta praevia ; hémorragie suivie de tamponnement à l'extérieur. Température : 38°4. Pouls 120. Version interne. Expulsion spontanée du placenta qui est suspect. Révision : Suites sans fièvre. Hospitalisation : 11 jours.

Primipare. Accouchement spontané après incisions du col. Température : 38°7. Pouls 120. Expulsion spontanée d'un placenta suspect. Révision. Suites sans fièvre. Hospitalisation 10 jours.

Il reste alors 3 cas d'accouchements spontanés avec fièvre pendant le travail. Ce sont les suivants :

IIpare. — Rupture prématurée des membranes — Température 38° — Pouls 120 — Accouchement spontané — Expulsion spontanée d'un placenta suspect — Révision — Suites : Pyélite (fièvre le 1er jour du post-partum) — Hospitalisation : 9 jours.

Ipare. — Température 38° — Pouls 88 — Accouchement spontané — Hémorragie de la délivrance — Expression du placenta suspect — Révision — Suites: sans fièvre — Hospitalisation: 8 jours.

IIpare. — Rupture prématurée des membranes: Température 38°4 — Pouls 76 — Accouchement spontané — Hémorragie de la délivrance — Expression du placenta — Révision — Suites: sans fièvre — Hospitalisation: 9 jours.

La morbidité qui revient à ces 9 cas infectés se résume de la façon suivante:

1 Thrombose variqueuse;
1 fois fièvre pendant 3 jours sans autres symptômes;
1 fois fièvre d'un jour;
1 fois pyélite avec fièvre le premier jour du post-partum;
5 cas évoluent sans élévation de la température avec un post-partum tout à fait normal;

N'est-il pas singulier de voir de pareilles suites dans des cas où l'infection est patente chez des parturientes qui subissent en plus la version: 3 fois — l'application de forceps: 1 fois — la crâniotomie: 1 fois — des incisions du col: 1 fois. Deux d'entre elles saignent abondamment par suite de placenta praevia. C'est là encore une circonstance qui amoindrit la résistance à l'infection. Et voilà pourtant à côté de cela une morbidité insignifiante.

N'a-t-on pas raison de penser que le déblayage de tous les restes ovulaires dans ces conditions particulières est propice, et permet de réaliser une bonne prophylaxie contre l'infection puerpérale en privant les germes contenus dans la cavité utérine d'un milieu de culture favorable? C'est une hypothèse séduisante, mais dangereuse si elle devait inciter les accoucheurs à pratiquer la révision dans ce but. Il faut être prudent tant que des statistiques importantes quant au nombre de révisions après accouchement fébrile, ne confirment pas les résultats que nous avons obtenus avec un petit nombre de cas. Nous nous contentons de citer nos observations sans vouloir en tirer des conclusions formelles en faveur de la révision après accouchement infecté pendant le travail. Ces résultats sont excellents si on les compare à ceux de ZANGENMEISTER et WIELOCH:

Sur 30 révisions après accouchement fébrile, 5 femmes sont atteintes d'infection puerpérale grave et 4 d'entre elles succombent. Le moins que l'on puisse dire d'après nos résultats, c'est que la fièvre pendant le travail ne constitue pas une contre-indication absolue à la révision utérine après l'accouchement.

En résumé, cette étude de la morbidité nous conduit une fois de plus à la conclusion de l'innocuité de la révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement. Si la courbe de la morbidité habituelle de l'accouchement en clinique varie, comme le prétend M. Gheorghiu entre 20 et 30 %, il nous est permis de dire qu'elle n'a subi aucune augmentation par suite de la révision. Au contraire, elle a été abaissée quantitativement et qualitativement. Enfin, la comparaison entre la morbidité globale à l'époque des indications restreintes et la morbidité globale avec les indications nouvelles montre une diminution sensible de cette dernière.

V. — TECHNIQUE DE LA REVISION DE LA CAVITÉ UTÉRINE IMMÉDIATEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Nous avons montré ce que l'on pouvait attendre de l'élargissement des indications de la révision. Nous venons également de voir que cette révision est inoffensive. Mais la manière de l'exécuter n'est pas indifférente, si l'on veut réduire au minimum les pertes de sang et la morbidité du post-partum.

Aussi convient-il de rechercher et de préciser quelle semble être à l'heure actuelle la meilleure technique.

La révision de la cavité utérine immédiatement après l'accouchement est une intervention facile à exécuter. Sous anesthésie générale légère on nettoie les organes génitaux externes et la région péri-anale au savon puis à la teinture d'iode diluée d'alcool. On sonde l'accouchée. En écartant la vulve avec deux doigts, la main gantée pénètre dans le vagin, passe dans le col, dans le segment inférieur, puis dans la cavité utérine. Pendant ce temps la main libre déprime la paroi abdominale et maintient le fond de l'utérus en antéversion et l'abaisse en même temps. La main qui se trouve dans la cavité explore cette dernière soigneusement et systématiquement : la paroi antérieure, la paroi postérieure, les parois latérales, le fond et les cornes et détache tous les débris rencontrés. Ce temps de l'intervention terminé, la main explore le segment inférieur, le col et le vagin. Puis on pratique une irrigation chaude avec une solution légèrement antiseptique. Cette irrigation a pour but d'entraîner les débris que la main n'a pu ramener. Lorsque la femme saigne, on fait ensuite un tamponnement intra-utérin dans un but hémostatique. On injecte de l'ergotine mélangée ou non à de l'hypophysine par voie intra-musculaire.

Telle est la technique employée par la majorité des accoucheurs ; nous l'avons suivie également jusqu'à l'année 1931. Mais

dès cette époque, déjà un peu avant l'élargissement des indications, nous avons essayé de simplifier cette technique.

Nous avons supprimé le tamponnement intra-utérin dans 9 de nos 88 cas où l'hémorragie n'était pas très abondante. Puis, au début, lorsque nous avons élargi nos indications, nous étions encore amenés à tamponner dans 6 cas d'atonie. Mais en même temps nous avons adjoint au tamponnement l'injection d'hypophysine par voie intraveineuse. Cette injection intraveineuse d'hypophysine qui semblait amener la rétraction et la contraction très rapides et très puissantes du muscle utérin, nous paraîssait alors suffisante à elle seule pour assurer l'hémostase. Dès lors, nous avons supprimé définitivement l'irrigation et le tamponnement intra-utérin de notre arsenal thérapeutique contre les hémorragies pendant et immédiatement après la délivrance.

A aucun moment dans 194 révisions le tamponement n'a été nécessaire, bien qu'une cinquantaine de cas environ concernent des hémorragies supérieures à 500 grammes, et parmi celles-ci se trouve un nombre appréciable de grandes atonies. Le remplacement de l'irrigation et du tamponnement par la simple injection intraveineuse d'hypophysine avec une petite seringue de 2 cc. quand l'accouchée saigne, constitue une simplification importante de la technique de la révision utérine immédiatement après l'accouchement.

Cette injection a été faite 69 fois sur 194 révisions, soit 1/3 des cas. Dans 2/3 des cas au contraire, on a su s'en passer en employant uniquement l'injection d'ergotine. On n'a jamais observé le moindre accident. Plusieurs fois même, nous l'avons répétée lorsque l'hémorragie persistait d'une façon légère ; nous avons en effet pour coutume d'ajouter une deuxième ampoule d'hypophysine au sérum physiologique que nous injectons après les atonies.

Cette méthode exempte de tout danger, se montre d'une grande efficacité. A peine l'injection terminée on voit l'utérus se contracter fortement sur la main. Si à ce moment on a soin de vider entièrement la cavité en exprimant le corps avec la main libre sur le poing qui se trouve dans l'utérus, on obtient un excellent globe de sûreté. Parfois cependant il se produit encore une légère atonie accompagnée d'une perte de sang d'environ 200 à 300 grammes, mais jamais plus. A côté de cela, nous avons main-

tenu l'injection intramusculaire d'ergotine. Si l'hypophysine est destinée à agir puissamment et rapidement, l'ergotine a pour but de continuer cette action par la suite.

Voici maintenant l'appréciation des pertes de sang :

1°) de 1922 à 1931, avec les indications restreintes et la technique classique :

Dans 65 cas, les pertes de sang n'ayant pas été mesurées ont été qualifiées d'abondantes 37 fois, moyenne 17 fois, faibles ou normales 11 fois.

23 fois elles ont été mesurées : On note alors des pertes de :

1.500 gr 1 fois ;
1.400 « 1 fois ;
1.200 « 3 fois ;
1.000 « 3 fois ;
800 « 2 fois ;
750 « 3 fois ;
600 « 2 fois ;
500 « 4 fois ;
400 « 2 fois ;
300 « 2 fois.

2°) De 1931 à 1932, avec les indications élargies et la technique modifiée, ces pertes sont faibles ou normales 107 fois.

Elles sont de :

1.600 gr 1 fois ;
1.500 « 2 fois ;
1.300 « 1 fois ;
1.200 « 7 fois ;
1.100 « 4 fois ;
1.000 « 6 fois ;
900 « 1 fois ;
800 « 14 fois ;
700 « 4 fois ;
600 « 8 fois ;
500 « 26 fois ;
400 « 12 fois ;
300 « 3 fois ;
200 « 2 fois.

50 fois l'hémorragie était supérieure à 500 grammes. Or, 47 fois l'intervention a été faite pour forte hémorragie après expulsion du placenta.

Il est difficile d'établir une comparaison entre les pertes de sang subies au cours des révisions suivies de tamponnement et celles constatées au cours des révisions suivies d'injections intraveineuses d'hypophysine, car les premières n'ont été mesurées qu'assez rarement. Mais nous pouvons affirmer avec certitude qu'au moyen du tamponnement nous n'obtenons pas la rétraction utérine avec la même rapidité et la même efficacité qu'au moyen d'hypophysine injectée dans les veines.

Mais la suppression du tamponnement à notre avis présente encore un autre avantage. On se rappelle la différence sensible (13,9 %) entre la morbidité de la révision à indications resteintes (32,9 %) et la morbidité de la révision à indications élargies (19%). Or, l'abolition de l'irrigation et du tamponnement intra-utérin et la substitution par l'hypophysine intraveineuse coïncide avec l'élargissement des indications. On ne peut alors pas s'empêcher d'établir une relation de cause à effet entre l'abaissement de la morbidité et la suppression du tamponnement. On trouve notamment 11 endométrites sur 88 cas avec l'ancienne technique, alors que pour 194 cas sans tamponnement on ne rencontre que 7 endométrites. Il y a là une *différence* importante qui confirme ce que nous venons de supposer.

En résumé, notre façon de faire la révision a eu pour résultats d'en simplifier la technique, de réduire au minimum les pertes sanguines et la morbidité des suites de couches, en particulier la diminution du nombre d'endométrites.

CONCLUSIONS.

De l'étude des indications pour la révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement et de ses résultats, nous allons retenir les principes essentiels :

1°) La difficulté d'interprétation de l'intégrité du placenta est la cause de la fréquence de la rétention placentaire partielle et de ses complications redoutables.

2°) Les indications restreintes appliquées jusqu'à présent sont insuffisantes pour la réalisation d'une bonne prophylaxie contre la rétention de cotylédons.

3°) D'autre part — dans un sens opposé — la révision systématique de la cavité utérine après chaque accouchement est une ligne de conduite que nous trouvons exagérée : si elle n'est pas dangereuse dans un service obstétrical bien organisé, elle reste inapplicable en pratique obstétricale en dehors de la Clinique.

4°) Pour réaliser une lutte efficace contre la rétention placentaire partielle, il faut, sans tomber dans l'exagération, élargir les indications de la révision ; comme nous la faisons maintenant à l'Ecole départementale d'accouchement, il faut d'après ces indications faire la révision immédiatement après l'accouchement :

a) S'il se produit une forte hémorragie immédiatement après l'expulsion de l'arrière-faix ;

b) si le placenta est manifestement incomplet ;

c) en l'absence de toute hémorragie, si le placenta présente le moindre doute quant à son intégrité ;

d) s'il persiste un suintement sanguin même léger, mais continu et ceci même quand le placenta paraît être complet, après

avoir exclu comme cause de ce suintement toute lésion de la filière pelvigénitale ;

5°) De plus, la révision s'impose chaque fois qu'une intervention traumatisante telle qu'une version, application de forceps, crâniotomie ou embryotomie a eu lieu au cours d'un accouchement. Elle permet de reconnaître à temps des lésions utérines (rupture du segment, déchirure du col, déchirure profonde du vagin) et d'instituer le traitement adéquat.

6°) Lorsqu'on soupçonne la présence d'une tumeur utérine ou juxta-utérine, d'une malformation des organes génitaux (utérus double par exemple), la révision utérine constitue un excellent moyen de diagnostic.

7°) Elle constitue le seul moyen sûr, pour éviter après l'accouchement la rétention d'un cotylédon placentaire dans la cavité utérine, et loin d'être dangereuse pour l'accouchée, elle permet au contraire d'éviter les diverses formes d'infection puerpérale et les hémorragies tardives du post-partum qui se rattachent à la rétention cotylédonaire.

Elle empêche éaglement la rétention de caduque qui peut provoquer des hémorragies tardives sans rétention placentaire et elle diminue le nombre des sous-involutions utérines.

Au lieu de charger la morbidité des suites de couches, elle l'abaisse au contraire ; elle est donc à placer à tout autre niveau que la révision de la cavité utérine faite pendant les suites de couches qui est toujours dangereuse quant aux suites infectieuses graves qu'elle peut entraîner.

8°) Grâce au perfectionnement et à la simplification de la technique par la suppression de l'irrigation et du tamponnement intra-utérins remplacés avantageusement par l'hypophysine sous forme d'injections intraveineuses, on réduit la perte de sang au minimum, on évite une part importante de la morbidité due au tamponnement par lequel on risque souvent d'infecter la cavité utérine.

9°) La fièvre pendant l'accouchement ne constitue pas une contre-indication absolue à la révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement.

10°) Il est en attendant à recommander de réserver ces indications élargies de cette révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement uniquement aux Cliniques; elle ne devrait être faite à domicile que si l'asepsie de l'entourage peut être rigoureusement garantie.

Vu, Le Président de thèse:
M. REEB

Vu, le Doyen:
Pr. MERKLEN

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Strasbourg
Président du Conseil de l'Université
J. DRESCH.

BIBLIOGRAPHIE.

ANDERODIAS et PÉRY : Compte-rendu in-extenso du VIIème Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française tenu à Bordeaux les 1er, 2 et 3 octobre, 1931. *Gynécologie et Obstétrique,* page 381, 1931.

BRINDEAU : *Pratique de l'art des Accouchements.* Tome II : l'Infection puerpérale, page 344.

BRINDEAU et GHEORGHIU : Considérations sur le traitement prophylactique de l'infection puerpérale. *Leçons du Jeudi soir à la Clinique Tarnier :* 1929.

CAPPON : De la rétention partielle du placenta après l'accouchement à terme. *Thèse de Paris,* 1905.

COMMANDEUR : *Pratique de l'art des accouchements,* Tome I, p. 487.

COUVELAIRE : Congrès de Bordeaux, octobre 1931 : 2ème rapport. Les métrorragies tardives des suites de couches. *Gynécologie et obstétrique,* 1931, p. 501.

DIGONNET : *Thèse de Paris,* 1927.

ECALLE : Congrès de Bordeaux 1931 : Les hémorragies tardives des suites de couches. *Gynécologie et Obstétrique,* p. 585.

FRAENKEL : *Monatschrift f. Geburtshilfe und Gynecologie :* 1926, LXXIII, p. 11.

GHEORGHIU : *Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique,* Tome VIII, N° 1, Tome VIII, N° 3.

KLAFTEN : *Zentralblatt f. Gynecologie,* 1926 : N° 8. Zur Aetiologie der puerperalen Spätblutungen.

KELLER : Congrès de Bordeaux 1931 : Les métrorragies tardives des suites de couches : Discussion. *Gynécologie et obstétrique,* p. 381.

— *Progrès Médical,* 1931 : N° 6. Quand la révision de la cavité utérine faite immédiatement après l'accouchement est-elle indiquée?

KIRSTEIN: *Deutsche medizinische Wochenschrift,* 1919: N° 20, p. 546.

NOGUERES: Contribution à l'étude des hémorragies secondaires du post-partum liées à une rétention placentaire. *Thèse de Paris,* 1924.

PETERSEN: *Zentralblatt f. Gynecologie,* 1926, N° 25, p. 1679. Die Blutung infolge kleine Placentastücke die in der Gebärmutterhöhle zurück geblieben sind.

PIERRAGI: *Thèse de Bordeaux.*

PLAUCHU: *Pratique de l'art des accouchements,* 1927. Tome I, p. 500, 511, 521, 542, 555.

POIRIER: De la rétention partielle du placenta après l'accouchement. *Thèse de Paris,* 1894.

PRAGER (chez BRANDT de Oslo): Zentralblatt f. Gynecologie, 1926, N° 28, p. 1809. Manuelle Entfernung festsitzenden Blutkoagula und Eihautresten aus dem Uterus bei Nachgeburtsblutungen.

SCHMID: Zurückbeiben eines Placentarestes oder einen Nebenplacenta (Halban-Seitz). *Biologie und Pathologie des Weibes,* VIII. Band, I. Teil, p. 259.

TARNIER et BUDIN: *Traité de l'art des accouchements.* Tome IV, p. 114.

VORON: Congrès de Bordeaux 1931: Hémorragies tardives des suites de couches. Discussion. *Gynécologie et obstétrique,* 1931, p. 587.

ZANGEMEISTER: *München med. Wochenschrift.* 1921, N° 13, p. 388; 1921, N° 29, p. 916; 1927, N° 74, p. 1417.

ZANGEMEISTER et WIELOCH: Febris intra partum. (Halban-Seitz): *Biologie und Pathologie des Weibes.* Tome VIII, 3ème partie, p. 1854.

TABLE DES MATIÈRES.

I. — Introduction 7
II. — La révision utérine a indications restreintes. . . 11
A) Les indications classiques 11
B) Leurs conséquences: Fréquence des rétentions placentaires partielles et ses complications 12
a) Rapportée par le Congrès de Bordeaux (octobre 1931) 12
b) Rapportée par l'étude de la statistique de l'Ecole des Sages-Femmes (1922-15 juillet 1931) 12
III. — La révision utérine systématique après chaque accouchement ou controle utérin. — Critique. . 24
IV. — La révision a indications élargies (15 juillet 1931-19 juillet 1932) 31
A) Les indications nouvelles 31
B) Etude de la nouvelle statistique de l'Ecole des Sages-Femmes 38
V. — Technique de la révision utérine 57
VI. — Conclusions 61
Bibliographie 65

Imprimerie des Editions Universitaires de Strasbourg
Strasbourg - 1933